



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

ORIENTAÇÃO: PROF. DR. PEDRO FERNANDO AVALONE ATHAYDE

**TETRAPLEGIA E LAZER: AS MUDANÇAS NA
EXPERIÊNCIA DO LAZER PARA PESSOAS COM
RESTRIÇÕES MOTORAS**

IRIS MARQUES FONSECA

Brasília

2016

IRIS MARQUES FONSECA

**TETRAPLEGIA E LAZER: AS MUDANÇAS NA
EXPERIÊNCIA DO LAZER PARA PESSOAS COM
RESTRIÇÕES MOTORAS**

Monografia apresentada à Faculdade de Educação Física da Universidade de Brasília como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Educação Física.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Fernando Avalone Athayde

Brasília, dezembro de 2016

IRIS MARQUES FONSECA

**TETRAPLEGIA E LAZER: AS MUDANÇAS NA EXPERIÊNCIA DO LAZER
PARA PESSOAS COM RESTRIÇÕES MOTORAS**

Monografia apresentada à Faculdade de Educação Física da Universidade de Brasília como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Educação Física, sob orientação do Prof. Dr. Pedro Fernando Avalone Athayde, em 07 de dezembro de 2016 à seguinte banca examinadora:

PROFESSOR DR. PEDRO FERNANDO AVALONE ATHAYDE
(Universidade de Brasília – Prof. Orientador)

PROFESSOR DR. LINO CASTELLANI FILHO
(Universidade de Brasília – Membro convidado)

PROFESSOR DR. FERNANDO MASCARENHAS ALVES
(Universidade de Brasília – Membro suplente)

BRASÍLIA

2016

DEDICATÓRIA

Ao novo estilo de vida que aprendi;

À nova Iris que nasceu.

“(...) O escafandro já não oprime tanto, e o espírito pode vaguear como borboleta. Há tanta coisa para fazer. Pode-se voar pelo espaço ou pelo tempo, partir para a Terra do Fogo ou para a corte do rei Midas.”

(Jean-Dominique Bauby,
O escafandro e a borboleta; 1997)

AGRADECIMENTOS

A conclusão deste curso é, para mim, uma grande realização pessoal. Aqui, mais que uma profissão, aprendi um estilo de vida; a cuidar e ser cuidada e fiz amigos que levarei sempre comigo, pra onde for. Agradeço, portanto, a todos vocês, Aeroleks. Pra sempre comigo! Em especial ao Rodson Santos e ao Flávio Moreno, por todos os momentos e sorrisos compartilhados!

À minha mãe, meu despertador oficial de todas as manhãs. O melhor de todos! Minha companhia para cafés, meus ouvidos para as inquietações e apoio para levantar das quedas. Minha gratidão por você ultrapassa essa existência! À minha família, em especial avó e tias maternas: como sempre, agradeço a vocês por tudo! Toda a parte “boa” que existe em mim tem a mão mágica de vocês! Obrigada por sempre acreditarem, pelo apoio e pela compreensão de que por trás de tantas ausências havia um sonho.

Ao sempre lindo Seu Marcos, cujos belos olhos azuis sempre alegraram minhas manhãs de Faculdade. Ao filho do professor Tiago Russomanno, cujo nascimento muito lhe abrandou o coração, me ajudando a finalmente “vencer” a temida Biomecânica. Aos meus lindos e saudosos alunos de Ginástica Laboral do Superior Tribunal de Justiça (STJ), cujo carinho, confiança, alegria e incentivo ao meu trabalho eu levarei sempre comigo! “Vamos alongar?”.

Ao meu trio querido: Rosa Chagas, Magda Araujo e Antônia Casé. Por cada conselho, cuidado, conversa e bolinho. Por sempre acreditarem, por me tratarem como filha. Sempre estiveram e sempre estarão comigo! Em memória de Tcharley Tavares, que sei que está torcendo pelo Clube Atlético Mineiro com uma boa cerveja artesanal em mãos, em algum lugar do céu.

A todos os meus professores, desde a infância: meu muito obrigada! Minha gratidão, respeito e carinho por vocês é eterna! À professora Lucila Souto Maior, pelas melhores e mais animadas manhãs remando no lago; elemento essencial para seguir com mais alegria na caminhada da graduação.

À professora Alice Medina, pelas mais belas manhãs com todos os estilos de dança, em especial pelos momentos “O quebra-nozes”. Ao professor José Gustavo Alvarenga, pela paciência e bom humor fundamentais para que nadar se tornasse um dos maiores prazeres da minha vida: uma vez bombeira, a culpa será dele! A ele e minhas “sereias” por essa reta final mais leve e feliz!

Aos professores: Ricardo Bezerra, Ricardo Moreno, Aldo Antônio, Pedro Athayde, Fernando Mascarenhas, Marcelo Húngaro, Martim Bottaro, Rinaldo Mezzarane, Jake do Carmo, André Reis, Luiz Grossi, Glauco Falcão e Alexandre Rezende por tanto terem contribuído com minha formação humana e acadêmica, fosse em sala de aula ou mesmo pelos corredores da faculdade! E à todos os sorridentes “bom dias” trocados com os servidores dela!

À Cida, Sofia, Dora e Josias, por serem minha primeira referência de atuação na área: por todos os momentos de descontração e cuidados com a saúde que me fizeram ter ainda mais certeza da beleza dessa profissão! Uma vida cada vez mais doce para vocês, amores! Aos professores Américo Pierangeli e Jane Dullius pela parceria nas primeiras experiências profissionais!

Ao Professor Jairy Lucas, da academia Resistência Física, por me dar a oportunidade irrestrita de acompanhar de perto a atuação do profissional de Educação Física em uma academia de grande porte. Por toda a liberdade e confiança conferidas para que eu pudesse ver que nossas possibilidades são sempre maiores do que pensamos!

Ao meu cachorro, que incansavelmente lambeu meu pé enquanto eu digitava esse trabalho. Obrigada, Zeh! Você é o cara! Ao Bruno Miranda, Rodson Santos, Pedro Henrique, Flávio Moreno, Ivan Moreira por serem tão excepcionais e importantes e fazerem meus dias mais felizes, todos os dias!

Agradeço ao meu “*Panic Monster*”, apresentado para mim pelo magnífico Tim Urban. Ao professor Leandro Karnal, que muito “conversou” comigo nessa reta final! A todos os sujeitos de pesquisa, tão gentis e solícitos!

Para fechar com chave de ouro, agradeço ao meu orientador e ao nosso professor convidado, Lino Castellani. Desde nossos primeiros contatos, na disciplina de Políticas e em um Encontro de Estudantes, respectivamente, comecei a delinear um caminho para seguir na Educação Física.

Ao professor Pedro toda minha gratidão pela compreensão, confiança em minha capacidade e incentivo mim depositados! Mais ninguém teria sido tão acessível e paciente como ele foi. Essa vitória é nossa! Agradeço ao Professor Lino Castellani, por aceitar tão carinhosa e prontamente participar da minha banca! Foi uma verdadeira honra! Sem vocês, nada disso seria possível: Esse não foi nosso primeiro momento acadêmico juntos, e espero que seja apenas mais um de vários outros!

RESUMO

O presente estudo busca identificar as possíveis mudanças de percepção do conceito de lazer em indivíduos tetraplégicos na fase pós-lesão. Para tanto, a versão abreviada e em português do *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-Bref) foi adaptada para melhor atender aos interesses da pesquisa. Em tradução livre, o Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) se utiliza de 26 perguntas divididas em cinco domínios distintos: qualidade de vida geral, físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Dentro do domínio “meio ambiente” o próprio instrumento já trazia questões que tocavam o lazer; algumas delas foram adaptadas e outras foram criadas, objetivando identificar as novas percepções do lazer por parte dos sujeitos de pesquisa na fase pós-lesão. A pesquisa tem como objetivo analisar os dados obtidos através da aplicação do questionário e identificar dentro de quais das seis categorias de lazer propostas por Marcellino (1995) as novas práticas de lazer adotadas se encaixam: artísticos, intelectuais, esportivos, manuais, turísticos ou sociais. A análise propiciará que a Educação Física pense novos caminhos de atuação no campo do lazer junto aos indivíduos tetraplégicos.

Palavras-chave: tetraplegia; WHOQOL-Bref; lazer.

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	pág.1-3
2- ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA	pág. 3
2.1. Construção do problema	pág. 3
2.2. A coluna vertebral	pág. 4-5
2.3. Coluna cervical e tetraplegia	pág. 5-7
2.4. A tetraplegia e o direito ao lazer na legislação brasileira	pág. 7-9
3- METODOLOGIA	pág. 9
3.1. Cuidados éticos ao se fazer pesquisa <i>online</i> envolvendo seres humanos	pág. 9-10
3.2. O WHOQOL-BREF	pág. 11-14
3.3. Objetivos:	
3.3.1 Geral	pág. 14
3.3.2 Específicos	pág. 14
4- APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DO OBJETO DE ESTUDO	pág. 15
4.1 Lazer e qualidade de vida da pessoa com deficiência	pág. 15 -17
4.2 Análise e discussão dos dados obtidos	pág.17-36
5- CONSIDERAÇÕES FINAIS	pág. 36-37
6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	pág. 37-40
7- ANEXOS	pág. 40-46

1. INTRODUÇÃO

O estudo das teorias do lazer mostra o quão fundamental é se aprofundar em seus conhecimentos para melhor compreender a Educação Física, que é influenciada não somente por suas práticas na escola, como também pelo processo de institucionalização desse lazer. Práticas corporais de domínio da Educação Física como a ginástica foram incorporadas não somente na escola, mas também em centros de recreio no século XX, e, dessa maneira, era por meio de hábitos corporais que jovens e adultos internalizariam regras de convivência, ideias e valores e saberes que se relacionassem com a lógica capitalista e neoliberal que se instaurava no Brasil da época.

Melo (2003) explicita que, quando o indivíduo compreende o “conceito” de algo que ele deseja, essa compreensão irá ajudá-lo no processo de “encaminhamento” da própria vida na direção daquilo que é pretendido. De sua leitura apreende-se, também, que compreender esses conceitos “norteadores” da vida pode representar uma oportunidade de viver melhor. Foi com esse intuito que surgiu a necessidade de buscar a compreensão do lazer através de um diferente enfoque, e, através de diferentes olhares, buscar seus mais diferentes significados.

A íntima relação entre corpo, movimento e lazer tem permeado grande parte dos estudos do lazer, e é dessa premissa que parte o seguinte questionamento: *O que muda na percepção das práticas de lazer quando o indivíduo passa por um processo de perda parcial ou total de seu controle motor?*

Tendo em vista que o “tempo livre” é uma conquista da classe trabalhadora, mas que, ao mesmo tempo, é uma forma de servir aos interesses de produção e reprodução da sociedade capitalista (Athayde, Húngaro, 2011) o questionamento se afunila ainda mais. Uma vez que o indivíduo que passa por perda total ou parcial de seu controle motor eventualmente poderá não estar inserido no mundo do trabalho, logo, as questões culturais, trabalhistas e temporais envolvidas tendem a ser diferentes daquelas que envolvem indivíduos que não se encontram na mesma situação.

Pode-se dizer que os termos “cultura”, “tempo”, “lúdico”, “trabalho” e “diversão” são conceitos-chave para a compreensão do lazer nesse estudo.

Foram escolhidos após o julgamento de não ser possível compreender o lazer sem conhecer tais conceitos, e que estão historicamente a ele relacionados.

O conceito de “cultura” porque a dimensão do lazer irá, possivelmente, mudar muito de uma sociedade para outra. O de “tempo” porque é necessário compreendê-lo como um fenômeno que tem diferentes tipos de interpretação, percepção e entendimento por parte de cada indivíduo; a questão do “lúdico” porque é necessário saber identificar qual o “caráter” do lazer que está ocorrendo, qual sua função, se de *ludicidade*, entretenimento ou uma mera maneira de “distrair” a pessoa para que ela possa continuar, mecanicamente, a realizar aquelas tarefas que o mercado espera dela; a questão do “trabalho” é também essencial porque sabe-se que não existiria o tempo para o lazer se não fosse a existência do tempo livre, ou seja, tempo em que não se trabalha, e, por fim, o conceito de “diversão” que sugere momentos de uma escapatória mais fugaz, de emoções. Cultura e lazer estão intimamente ligados.

As atividades de lazer pensadas e realizadas em uma dada sociedade possuem uma relação íntima com a cultura local: essas atividades culturais irão levar em consideração os mais diversos interesses humanos suas diversas linguagens e manifestações. Cada sociedade tem o seu próprio conceito de “lazer”; Aquilo que é considerado lazer em uma cultura não necessariamente terá o mesmo simbolismo em outra.

O lazer não é menos importante que o trabalho. Ele apenas é mais negligenciado que o trabalho. Essa informação que subestima a importância do lazer é apontada por Melo (2003) como sendo um equívoco. Infelizmente, na sociedade industrial pós-moderna o lazer aparece como algo secundário, sendo que o trabalho é considerado como “a dimensão mais importante da vida”. É justamente na tentativa de mostrar novos olhares acerca da questão do lazer e suas diferentes percepções que esse estudo será desenvolvido; afinal, sua relevância social ainda carece de (mais) estudos e reconhecimento.

Para atingir tais objetivos, a presente pesquisa se propõe a responder ao seguinte questionamento (problema de pesquisa): Que mudanças podem ocorrer na percepção acerca das práticas de lazer em pessoas que passaram por processo de perda parcial ou total de controle do aparelho locomotor? As respostas foram obtidas através de aplicação de questionários *online*, que descobriu-se ao longo do processo de pesquisa ser o meio mais rápido, eficaz

e cômodo de coleta de dados para os sujeitos de pesquisa. E foi a partir da obtenção de dados qualitativos e quantitativos com os entrevistados e através da literatura existente na área que se chegou a conhecimento de quais são as novas (ou talvez nem tão novas assim, afinal) vivências de lazer para os sujeitos na fase pós-lesão.

2. ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA

2.1 Construção do problema

O presente estudo pretende explorar, junto aos sujeitos de pesquisa, seus próprios conceitos e vivências de lazer nas fases anterior e posterior ao acometimento pela lesão medular.

Estudos do lazer mostram que, na antiguidade, homens livres podiam viver no ócio (sendo ócio um conceito distinto do conceito de lazer), uma vez que podiam deixar o trabalho físico a cargo de escravos. Era dessa maneira que havia uma liberdade assegurada pela não-obrigatoriedade do trabalho (Marcassa *apud* Mascarenhas, 2005). É nesse quesito que o estudo se justifica: estando os sujeitos de pesquisa temporária ou permanentemente afastados do trabalho, será possível chamar de lazer o seu tempo livre? Ou tal momento merece uma diferente conceituação?

Ainda em Mascarenhas (2005) encontra-se um possível caminho para encontrar tais respostas. Para ele, a superação do *mercolazer* não está no ócio e, inclusive, pode também não estar no lazer em si, mas sim em uma “experiência ininteligível para os atuais quadros mentais de referência” (Mascarenhas, 2005:245). A justificativa do presente projeto é buscar respostas para essa questão, e investigar se esses indivíduos, que agora vivenciam diferentes experiências do lazer e precisam se reinventar para fugir do óbvio, do lugar comum, possuem caminhos para alcançar essa experiência ininteligível citada pelo autor.

A leitura de Mascarenhas (2005) elucida que uma das primeiras questões que se coloca para os indivíduos envolvidos com a questão do lazer, é descobrir se existem alternativas para o denominado, pelo próprio autor, “mercolazer”. O neologismo explica o conceito de lazer da forma como é atualmente conhecido e divulgado, envolvendo relações mercantis indissociáveis de sua prática.

Estudos de Marcellino (*apud* Athayde e Húngaro, 2011) enfatizam a necessidade e importância de uma ação cultural específica que eduque para o lazer e para o aproveitamento de atividades desenvolvidas no tempo livre. Esse tipo de ação fará as pessoas perceberem que é possível a participação crítica e criativa da sociedade como um todo, e não apenas de minorias privilegiadas. É nesse pressuposto que se apoia essa pesquisa, na ideia de que o lazer e suas mais diversas expressões (e “soluções” para o lazer mercantilizado) podem ser encontradas nas mais diversas populações humanas.

2.2 A coluna vertebral

De maneira simplificada, a coluna vertebral humana é uma haste firme e flexível, localizada abaixo do crânio, no esqueleto axial. Ela é constituída por elementos individuais, as vértebras; elas estão unidas por articulações, conectadas por fortes ligamentos e suportadas, dinamicamente, por uma poderosa massa musculotendinosa (Tupinambá & Vasconcelos, 2004).

De acordo com Couto (1995), a coluna vertebral tem a rigidez e a mobilidade como suas principais características; ela está apoiada nos ossos do quadril, e serve de apoio para o crânio e proteção para a delicada medula espinhal (FIGURA 1).

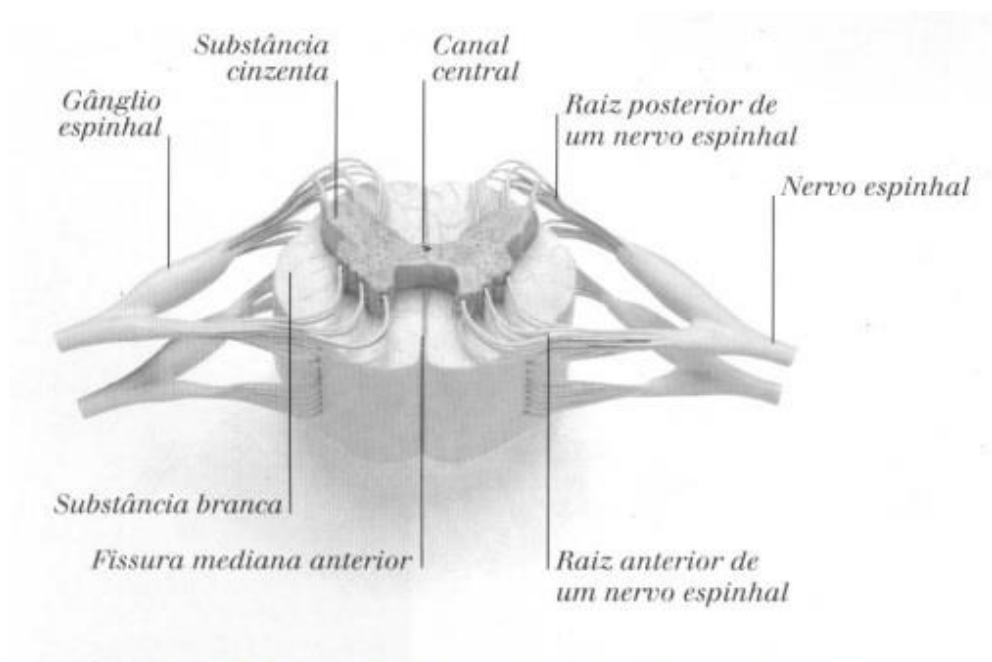
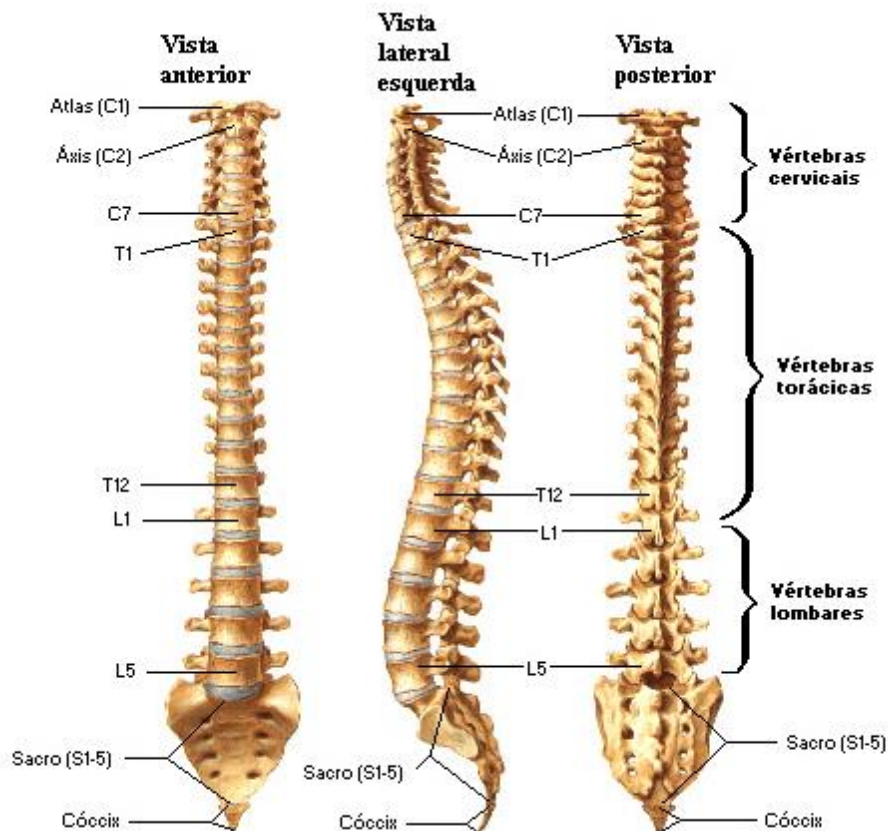


FIGURA 1 – Corte da medula espinhal (GUIZZO, 1998)

É na medula espinhal, constituída por tecido de alta especialização e fragilidade, que passam todos os comandos sensitivos e motores que vão da periferia para o cérebro. Uma estrutura frágil e que deve ser bem protegida.

A medula espinhal tem 33 pares de nervos ligados em si: é deles que partem os comandos, através de estímulos elétricos, que darão “ordens” para diversas partes do corpo. Os comandos que saem da medula na altura do pescoço comandam braços; os do dorso dão a volta ao tórax e as da região



lombar vão para as pernas do indivíduo saudável (KNOPLICH, 1982).

FIGURA 2 – Visão geral da coluna vertebral humana. NETTER, Frank H. 2008

A coluna vertebral é formada por trinta e três (33) a trinta e quatro (34) vértebras (07 cervicais, 12 torácicas, 05 lombares, 05 sacrais e 04 ou 05 coccígeas). O forame ou conduto vertebral é formado pela parede posterior do corpo vertebral e parede anterior do arco vertebral, e a superposição dos vários forames vertebrais forma o canal raquídeo, que aloja e protege a medula espinhal. A medula espinhal, nos adultos, possui cerca de 45 cm e estende-se

desde a altura do atlas (C1) até a primeira ou segunda vértebra lombar. Quando a lesão medular ocorre na altura das vértebras cervicais (C1, C2, C3, C4, C5, C6 ou C7), ela é denominada tetraplegia, podendo ser completa ou incompleta (Defino,1999).

2.3. Coluna cervical e tetraplegia

Atlas e Áxis são, respectivamente, as primeira e segunda vértebras cervicais. O crânio “repousa” sobre Atlas, que não tem espinha nem corpo, e teve seu nome inspirado na mitologia grega. No mito grego, Atlas foi um dos titãs condenado por Zeus a sustentar o mundo o para sempre (Tupinambá e Vasconcelos, 2004).

Atlas não possui espinha nem corpo, consistindo apenas em duas massas laterais conectadas por um arco anterior curto e um arco posterior longo. Já a segunda vértebra cervical, Áxis, recebe este nome porque forma um pivô (processo ontoide ou dente) e é em torno dele que atlas “gira”, levando consigo o crânio (Tupinambá e Vasconcelos, 2004).

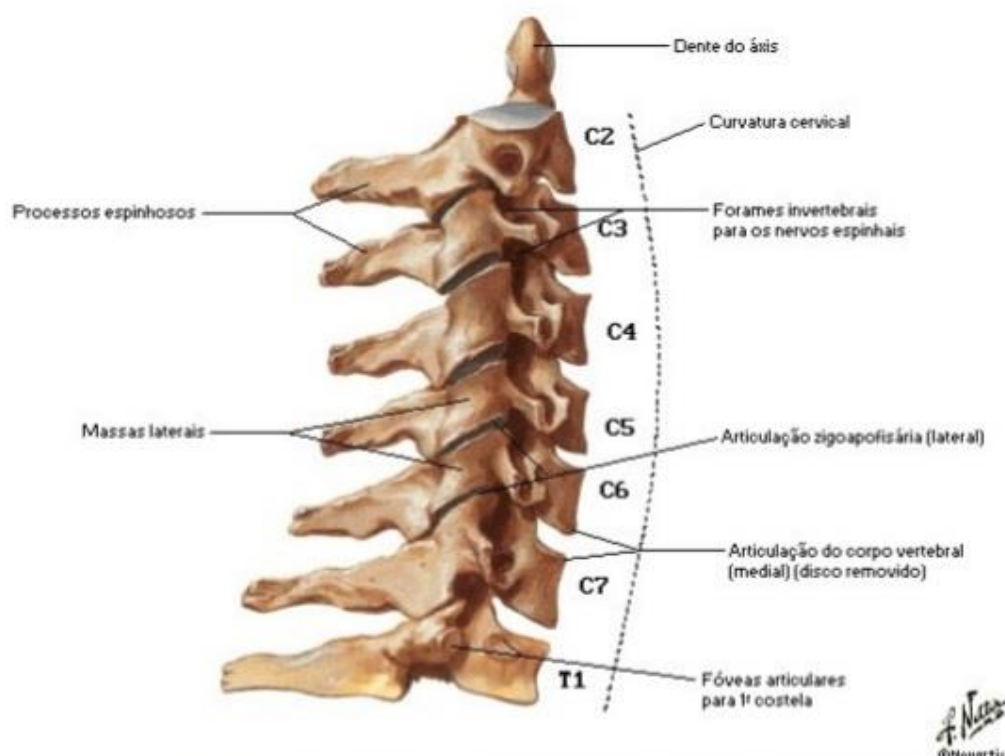


FIGURA 3 – Visão lateral da coluna cervical humana. NETTER, Frank H. 2008

Já as terceira e sexta vértebras cervicais apresentam um corpo vertebral pequeno e largo, possuindo um grande forame (buraco) vertebral triangular e

um processo espinhoso curto e bífido. A sétima vértebra, mais conhecida como “a vértebra proeminente”, possui um processo espinhoso longo, que pode ser visto na anatomia de superfície (pode-se vê-lo e até senti-lo em seres humanos vivos e com uma anatomia normal da coluna vertebral). Ela é facilmente vista quando o sujeito encontra-se com o pescoço flexionado (Tupinambá e Vasconcelos, 2004).

A lesão medular é denominada completa quando há, em decorrência de esmagamento ou rompimento parcial da medula, uma ausência total de sensibilidade e função motora nos segmentos sacrais baixos da medula espinhal, e incompleta nas situações em que é observada preservação parcial das funções motoras abaixo do nível neurológico e inclui os segmentos sacrais baixos da medula espinhal Defino (1999). No caso dos sujeitos dessa pesquisa, alguns possuem lesão completa e outras incompleta, mas sempre no segmento cervical da coluna vertebral.

2.4: A tetraplegia e o direito ao lazer na legislação brasileira

É considerada “pessoa portadora de deficiência” (o termo mais atual é “pessoa com deficiência”, tendo em vista que deficiência não é algo que se porta, mas algo que se possui) a que se enquadra em uma das seguintes categorias contidas no Decreto no 3.298, de 20 de dezembro de 1999 e reafirmadas no Decreto-lei no 5.296, de junho de 2004:

“Deficiência física: alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de

funções. (Decreto no 5.296:2004, § 1).

A abordagem e definição mais recente em vigência no Brasil é a “Lei Brasileira de Inclusão da pessoa com deficiência ([LEI Nº 13.146, DE 6 DE JULHO DE 2015.](#)), o Estatuto da Pessoa com Deficiência:

Art. 2º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

E é no seu artigo terceiro que a Lei Brasileira de Inclusão define a categoria na qual se enquadram os sujeitos com tetraplegia: “Art. 3º IX - pessoa com mobilidade reduzida: aquela que tenha, por qualquer motivo, dificuldade de movimentação, permanente ou temporária, gerando redução efetiva da mobilidade, da flexibilidade, da coordenação motora ou da percepção, incluindo idoso, gestante, lactante, pessoa com criança de colo e obeso”.

Ainda na Lei Brasileira de Inclusão, o capítulo IX é exclusivamente dedicado a esclarecimentos sobre o direito da pessoa com deficiência à cultura, ao esporte, ao turismo e ao lazer: “Art. 42. A pessoa com deficiência tem direito à cultura, ao esporte, ao turismo e **ao lazer** em igualdade de oportunidades com as demais pessoas” (grifo nosso). A Lei assegura a esses indivíduos o direito a bens e atividades culturais em formato acessível e acesso a monumentos e locais de importância cultural e espaços que ofereçam serviços ou eventos culturais e esportivos.

O Art. 43 legisla sobre a obrigatoriedade do poder público em “promover a participação da pessoa com deficiência em atividades artísticas, intelectuais, culturais, esportivas e recreativas, com vistas ao seu protagonismo,”. Dessa maneira, é papel do Estado:

II - assegurar a participação da pessoa com deficiência em jogos e atividades recreativas, esportivas, de lazer, culturais e artísticas, inclusive no sistema escolar, em igualdade de condições com as demais pessoas.

O Art. 44 da Lei Brasileira de Inclusão tem seu texto inteiramente dedicado à regulamentação de espaços livres e assentos para a pessoa com deficiência em teatros, cinemas, auditórios, estádios, ginásios de esporte, locais de espetáculos e de conferências e similares. Estes devem estar de acordo com a capacidade de lotação da edificação, observado o disposto em regulamento. Esses espaços e assentos devem estar em locais diversos, em todos os setores, com boa visibilidade e devidamente sinalizados, além se situarem-se de modo a garantir a acomodação de no mínimo um acompanhante, resguardado o direito de se acomodar proximo a grupo familiar e comunitário.. Na ausência desses sujeitos, o uso do lugar é livre.

O parágrafo 4º ainda do Art. 44 do Estatuto regulamenta que, nesses locais com acessibilidade, são obrigatórias rotas de fuga e saídas de emergência acessíveis. Parágrafo quarto regulamenta que todas as salas de cinema devem oferecer tais recursos de acessibilidade e segurança à pessoa com deficiência. O sétimo, que o valor cobrado da pessoa com deficiência não poderá ser superior aos demais

O Art. 45 complementa os anteriores, regulamentando as normas para os locais de descanso para as pessoas com deficiência; hotéis, pousadas e similares devem adotar os meios de acessibilidade em conformidade com a legislação vigente. Seu parágrafo 1º regulamenta que todos os estabelecimentos já existentes devem tornar plenamente acessíveis um mínimo de 10% de seus dormitórios, com um mínimo de uma unidade acessível. Por fim, “§ 2º Os dormitórios mencionados no § 1º deste artigo deverão ser localizados em rotas acessíveis.”

3. METODOLOGIA

3.1 Cuidados éticos ao se fazer pesquisa online envolvendo seres humanos

Ao envolver seres humanos, o processo de pesquisa é aquele em que, direta ou indiretamente, estarão envolvidas pessoas em sua totalidade ou partes dela, incluindo o manejo de informações ou materiais que à elas pertençam (Vieira & Hossne, 1998). Isso exige que o pesquisador tome certos tipos de cuidados, como cuidados em preservar os sujeitos de pesquisa de constrangimentos, informar os objetivos da pesquisa e realizar a pesquisa em consenso com o sujeito de pesquisa, que tem o direito de se retirar desta caso deseje, a qualquer momento.

Barroco (2005) cita o Código de Nuremberg (1947), que traz consigo importantes recomendações, para que se garanta uma postura ética na pesquisa com seres humanos. A importância de existir um “livre consentimento esclarecido”, e a possibilidade de o pesquisado conhecer os objetivos e métodos da pesquisa são citados neste Código. Já quanto à Declaração de Helsinque, que a Associação Médica Mundial produziu no ano de 1964, houve uma clara procura pelo enfrentamento desses dilemas na pesquisa com seres humanos.

Esses cuidados são essenciais para que o indivíduo tenha assegurados seus direitos à liberdade e privacidade dentro do projeto. Qualidade científica não é o mesmo que qualidade ética, embora a ética exija qualidade científica (Vieira & Hossne, 1998: 104). Buscou-se realizar a pesquisa mantendo os sujeitos cientes de seus direitos de participação facultativa e anonimato da respostas. Além de assegurar-lhes o direito ao recebimento dos dados obtidos, caso assim desejem.

Neto (2004) explora a temática das transformações ocorridas no meio acadêmico, causadas pela tecnologia. Nesse contexto, a internet se destaca como agente principal, atuando como um meio de comunicação considerado bastante efetivo. Dentre suas possibilidades, está a de subsidiar pesquisas empíricas por internet, as chamadas “*e-surveys*”, que embora conte com características semelhantes às das pesquisas realizadas de modo convencional, ainda não contam com muitos artigos de caráter metodológico

explorando o assunto.

Quando os dados da pesquisa são coletados através de ferramentas de internet, como foi o caso dessa pesquisa, cuidados extras devem ser tomados. Esse método foi adotado como resposta às demandas dos entrevistados, que possuem dificuldades de locomoção. Assim como em qualquer método de pesquisa adotado, esse também possui suas características positivas e negativas. Os resultados são mais abrangentes e aumenta a adesão do público alvo; no caso, esse foi o principal ponto considerado, pois o acesso a essa população específica estava dificultado. Na internet foi possível realizar o método “bola de neve”, onde ao se encontrar o primeiro entrevistado, esse contatava outros sujeitos-alvo para a pesquisa e assim por diante, até completar um número significativo.

Outros pontos positivos foram: os sujeitos sentem-se mais à vontade para responder até as perguntas mais delicadas, que não se sentiriam tão à vontade para responder em uma entrevista convencional. Responder a hora e no local que quiser é outra vantagem estratégica. A garantia de anonimato. Como desvantagens: entrevistados esquecem, deletam os questionários sem responder ou ainda as respostas aleatórias, que precisam ser descartadas.

Freitas *et. al* (2004) trazem para a discussão dados que mostram que não apenas as técnicas de coleta e análise quantitativa se aperfeiçoaram com tempo; também hoje em dia a tecnologia pode auxiliar na coleta e análise de dados qualitativos (subjetivos) , que “nos denotem as preferências e comportamentos de um certo grupo de pessoas”. Baseado nesse pressuposto, a questão aberta do questionário teve como objetivo capturar para posterior análise, as preferências de lazer da população estudada.

3.2. O WHOQOL-BREF

O Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde, que desenvolveu o questionário que serviu de base dessa pesquisa, definiu qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. (THE WHOQOL GROUP, 1994).

Antes da criação do questionário, havia-se notado que apesar da

crescente importância da avaliação da qualidade de vida nas mais diferentes áreas de conhecimento, ainda não havia nenhum instrumento desenvolvido dentro de uma perspectiva transcultural para uso internacional. Foi dessa maneira que, inicialmente, desenvolveu-se um instrumento de avaliação de qualidade de vida com 100 questões (o WHOQOL-100). A criação desse instrumento seguiu a metodologia descrita em publicações anteriores e envolveu a participação de vários países, que representaram diferentes culturas. Foi também desenvolvida uma versão brasileira dele (FLECK, 2000).

Foi a necessidade da Organização Mundial de Saúde (OMS) de criar um instrumento para mensurar a qualidade de vida da população mundial, que fosse de rápida aplicação, que levou o Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde a desenvolver a versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref. (Fleck et al., 2000)

Por se tratar de um estudo sobre lazer, área fronteira com a qualidade de vida, optou-se pela utilização da versão em português do “Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde” (WHOQOL-Bref). A sigla vem de seu nome original, World Health Organization Quality of Life-Bref. Ele é um instrumento composto por 26 itens, que mensuram a qualidade de vida do indivíduo nos seguintes domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente (OMS, 2016).

A descrição geral do documento utilizado está disponível na página oficial da OMS (2016), que, em tradução literal, explica que o questionário é uma medida genérica, multidimensional e multicultural para uma avaliação subjetiva da qualidade de vida. Ele pode ser utilizado para um largo espectro de distúrbios psicológicos e físicos (como é o caso desta pesquisa), bem como com indivíduos saudáveis.

A estrutura original do instrumento integra 26 questões divididas em cinco domínios. São eles, além do Domínio Geral de Qualidade de Vida (1), mais quatro domínios de qualidade de vida: 1 - Físico, 2 – Psicológico, 3 – Relações Sociais e 3 – Ambiente. É neste último que o questionário traz questões pertinentes à temática do lazer: a elas, foram acrescentadas outras questões que embasaram o objetivo da presente pesquisa. Na adaptação, a escala de as respostas segue a Escala de Likert (itens variando a gradação das respostas, que vão de “satisfeito” a “insatisfeito”, passando por

“indiferente”, “muito satisfeito” e “muito insatisfeito”

Baseado nos estudos de Dalmoro e Vieira (2014), a ordem das respostas na escala de Likert foi propositalmente alterada ao longo do questionário (ora indo de “ruim para bom, ora de “bom para ruim”) com o objetivo de testar a consistência das respostas obtidas. O estudo também norteou a escolha da quantidade de possíveis respostas ao questionário: o estudo mostrou que a escala de três itens não refletia com precisão as opiniões, enquanto a de cinco itens teve a mesma precisão que a de sete itens, além de provar ser de mais fácil e rápida compreensão para o entrevistado. Assim, a escala mais adequada provou-se ser a de cinco itens, e foi adotada nesse questionário.

Inicialmente, a ideia era realizar o estudo com pacientes da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação. Por se tratar de um estudo que seria realizado em um local de acesso bastante restrito, seriam os primeiros contatos com a instituição que iriam definir qual seria, de fato, a natureza do estudo. A Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação (SARAH) é nacional e internacionalmente conhecida e reconhecida por seu trabalho de excelência realizado em caso de lesão medular. Seu trabalho ético e transparente, de foco na reabilitação física e psicossocial de seus pacientes pode prever determinado “resguardo” para os indivíduos ali atendidos.

Logo no início do processo de coleta, porém, percebeu-se que outro método de coleta teria que ser adotado, tendo em vista que a coleta no hospital poderia atrapalhar sua rotinas de reabilitação. Foi dessa maneira que optou-se por, após o primeiro sujeito responder o questionário, partir para o chamado “método bola de neve” e transferir o questionário para um domínio na internet.

Há ainda um outro procedimento que pode gerar amostras heterogêneas, sem que essa heterogeneidade seja controlada pelo pesquisador. Este procedimento é o da seleção tipo “bola de neve” (TURATO, 2003), na qual um participante indica outros e assim por diante

Inicialmente, a ideia era realizar uma pesquisa exploratória, resultado da análise de dados obtidos a partir de aplicação de questionários com perguntas abertas e fechadas. A análise simultânea de estudos preexistentes na área também caracteriza a natureza documental/bibliográfica do estudo.

O procedimento metodológico utilizado para atingir os objetivos de

pesquisa, dessa forma, foi a aplicação de questionários. Uma vez que os participantes estavam cientes dos objetivos de pesquisa, e que com eles concordaram, foi solicitada a autorização dos sujeitos para que a pesquisa pudesse ter início. No caso dos indivíduos com lesões que caracterizem tetraplegia e que tal condição impeça a assinatura da forma física do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tal autorização foi solicitada no ato de se responder o questionário. Tendo como problema de pesquisa:

-“Que mudanças podem ocorrer na percepção acerca das práticas de lazer em pessoas que passaram por processo de perda parcial ou total de controle do aparelho locomotor?”;

-E como objetivos específicos: levantar dados sobre o impacto gerado na percepção acerca do lazer em indivíduos acometidos por lesões medulares; Coletar dados qualitativos e quantitativos sobre a influência de fatores culturais na percepção do lazer em sujeitos acometidos por lesões medulares e, por fim, explorar, juntamente com esses pacientes, nossas possibilidades de vivenciar o lazer.

A amostra foi composta por 31 sujeitos, de ambos os sexos, que concordaram em participar da pesquisa. Ao assinarem, via internet, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, ou com ele concordarem no ato do preenchimento do questionário por parte de algum amigo ou familiar, no caso dos indivíduos com acometimento de lesão medular que caracterize tetraplegia que impeça a assinatura online do documento. Preferencialmente, a busca era por 30 sujeito de ambos os sexos, sendo que, dentro desse grupo, a preferência é que hajam indivíduos com lesões apenas na coluna cervical, em diferentes alturas.

É dessa maneira que serão conduzidos os trabalhos. Para essa população específica, foi mais prático para eles que a pesquisa fosse realizada com o auxílio da internet. Para buscar respostas para o principal questionamento da pesquisa: O que muda na percepção das práticas de lazer quando o indivíduo passa por um processo de perda parcial ou total de seu controle motor? É sugerido que o pesquisador que vai a campo objetivando encontrar respostas para seu estudo exploratório tenha, previamente, uma hipótese, uma possível resposta para os dados que acredita que irá encontrar em campo.

No Brasil, a maior parte dos óbitos ou incapacidades decorrentes de lesão medular (LM) decorrem da violência urbana e de acidentes automobilísticos (França et al, 2011) em homens na faixa etária entre 15 e 40 anos, principalmente em decorrência de acidentes automobilísticos, queda de altura, acidente por mergulho em água rasa e ferimentos por arma de fogo têm sido as principais causas de traumatismo raquimedular (Defino, 1999).

Provavelmente esses são dados que apontam, além das causas da lesão, as fontes de lazer na fase anterior à lesão na vida dessas indivíduos. Uma vez que muitas dessas práticas não mais poderão ocorrer, a pesquisa objetiva explorar quais são as novas fontes e perspectivas de lazer desses indivíduos na fase posterior à ocorrência de lesão medular. Possivelmente, as fontes de lazer do passado foram as causadoras da lesão, e não se sabe mais qual a relação que os sujeitos nutrem com essas práticas.

A hipótese tem como ponto de partida os estudos de Marcellino (Marcellino, 1995 *apud* Raposo e López, 2002), segundo o qual o lazer pode ser dividido em seis subgrupos de interesse: artísticos, intelectuais, esportivos, manuais, turísticos e sociais. Existe a possibilidade de que, na fase posterior à lesão, o lazer volte-se para atividades de caráter intelectual, artístico e social, em detrimento de todos os demais.

3.3 Objetivos

3.3.1 GERAL

Explorar as novas possibilidades de lazer nos diferentes contextos de perda parcial ou total de controle do aparelho locomotor em indivíduos com tetraplegia.

3.3.2 ESPECÍFICOS

Levantar dados sobre o impacto gerado na percepção acerca do lazer em indivíduos tetraplégicos. Coletar dados qualitativos e quantitativos sobre a influência de fatores culturais na percepção do lazer nesses indivíduos e, por fim, explorar, juntamente com esses pacientes, nossas possibilidades de vivenciar o lazer.

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DO OBJETO DE ESTUDO

4.1 Lazer e qualidade de vida da pessoa com deficiência

Segundo a Organização Mundial de Saúde, qualidade de vida é a percepção do indivíduo em relação à sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Essas percepções podem ser alteradas e ou comprometidas por traumas medulares, inclusive o conceito de lazer por parte dos indivíduos acometidos por lesão. É aqui que acredita-se que a percepção acerca da temática do lazer possa começar a fazer parte do tratamento médico (Medola *et al.* 2011).

Logo nos dois primeiros artigos da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), lê-se que os grandes princípios que sustentam a ideia de direitos humanos incluem a liberdade, a igualdade, a fraternidade e a diversidade. Entretanto, sabe-se que não se pode abrir mão de um direito sem que outros sejam prejudicados. No caso das pessoas com deficiência, é a acessibilidade ou o direito à reabilitação que podem permitir ou inviabilizar o exercício de outros direitos, tais como é com o direito ao lazer (Hazard e Rezende, 2007)

Ainda segundo Hazard e Rezende (2007), em cartilha elaborada a pedido da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), debate-se a existência de um entendimento comum a respeito dos direitos humanos: em geral, as pessoas acreditam que os direitos humanos limitam-se aos direitos civis e políticos. Entretanto, os direitos humanos vão além, incluindo as esferas econômica, social, cultural e ambiental, que revela as muitas demandas, e desafios que a sociedade brasileira ainda tem pela frente, não apenas em um sentido de conscientizar sua população, mas também de conquistar tais direitos.

No Brasil, pesquisas realizadas pela Rede Sarah de Hospitais entre janeiro e junho de 2009 apontaram que a maior parte dos óbitos ou incapacidades decorrentes de lesão medular (LM) são consequência da violência urbana e de acidentes automobilísticos (França *et al.*, 2011).

A lesão da medula espinhal (LME) ocorre em cerca de 15 a 20% das fraturas da coluna vertebral e a incidência desse tipo de lesão apresenta

variações nos diferentes países. A lesão ocorre, preferencialmente, no sexo masculino, na proporção de 4:1, na faixa etária entre 15 a 40 anos. Acidentes automobilísticos, queda de altura, acidente por mergulho em água rasa e ferimentos por arma de fogo têm sido as principais causas de traumatismo raquimedular (Defino, 1999).

“A lesão medular pode resultar de doença espinhal que interfira nos trajetos nervosos que ligam o cérebro e os músculos. As afecções que podem causar interferência nesses trajetos incluem lesão física, hemorragia, tuberculose, tumores e sífilis; no entanto, as causas mais frequentes dessa lesão estão relacionadas com a violência urbana, acidentes desportivos e acidentes do trabalho” (Ducharme , 2010 apud França et al, 2011).

Cabe fazer algumas considerações anatômicas: A leitura do artigo do médico Defino (1999) explicita que “a coluna vertebral é formada por trinta e três (33) a trinta e quatro (34) vértebras (07 cervicais, 12 torácicas, 05 lombares, 05 sacrais e 04 ou 05 coccígeas)”. No adulto, a medula espinhal possui cerca de 45 cm e estende-se desde a altura do atlas (C1) até a primeira ou segunda vértebra lombar. Ela é responsável pela “condução” dos impulsos nervosos sensitivos e motores que partem do cérebro para as demais partes do corpo humano.

Com relação à terminologia, a paraplegia está caracterizada “pela perda da função motora e ou sensitiva nos segmentos cervicais da medula espinhal devido à lesão dos elementos neuronais no interior do canal vertebral.” (Defino, 1999). E a tetraplegia é resultado de alteração funcional “dos membros superiores, tronco, membros inferiores e órgãos pélvicos, não sendo incluídas nessa categoria de lesão as lesões do plexo braquial e nervos periféricos fora do canal vertebral. A paraplegia refere-se à perda da função motora e ou sensitiva nos segmentos torácicos, lombares e sacrais da medula espinhal, secundária à lesão dos elementos neurais no interior do canal vertebral” (Defino, 1999).

Sabe-se atualmente que a lesão medular pode acarretar, ao indivíduo por ela acometido, várias alterações psicossociais; essas lesões acarretam diversas mudanças na vida do sujeito. Dentre essas mudanças, pode-se apontar os longos períodos de hospitalização aos quais são submetidos

(RAPOSO; LÓPEZ, 2002). É possível que essa nova maneira de viver altere as percepções da pessoa acerca de vários aspectos do cotidiano, inclusive seu entendimento sobre o lazer.

Os pesquisadores envolvidos na temática do lazer não possuem um consenso sobre qual seria, propriamente, seu conceito. Porém, baseando-se na teoria de Marcellino (Marcellino, 1995 *apud* Raposo e López, 2002), é possível dizer que: “pode-se distinguir duas grandes linhas: a que considera o lazer como um estilo de vida, enfatizando o aspecto atitude, sendo independente de um tempo determinado e a que privilegia o aspecto tempo, situando-o como tempo livre, ou fora do trabalho e demais obrigações”. Ainda seguindo esse raciocínio, as áreas cobertas pela temática do lazer pode ser dividida em seis subgrupos de interesse: artísticos, intelectuais, esportivos, manuais, turísticos e sociais.

Apoiando-se na conclusão do estudo de Raposo e López (2002), é possível dizer que “o lazer é um componente importante para a qualidade de vida de todos os cidadãos e especialmente no caso dos portadores de lesão medular, que por vezes se encontram em um momento de estruturação de vida.” É justamente por tratar-se de uma situação de (re)adaptação na vida do indivíduo que a temática deve ser explorada mais a fundo, para buscar (re)significações para a subjetividade do lazer nesse segmento específico.

Cabe destacar que a lesão da medula espinhal é “um trauma de impacto físico e social ao indivíduo, que acarreta profundas modificações na vida de seus portadores pela paraplegia ou tetraplegia resultante.” (Medola, Busto, Marçal, Júnior e Dourado, 2011). É nesse sentido que o Estatuto do Portador de Deficiência, dentre seus objetivos no Art.6º, destaca “a garantia de acesso, ingresso e permanência em todos os serviços públicos e privados de que necessite, oferecidos à comunidade.” (BRASIL, PROJETO DE LEI DO SENADO Nº6, DE 2005 In: Goulart e Leite, 2005).

O Estatuto ainda propõe acessos ao turismo e ao lazer, sendo que este último é destacado, ainda, como sendo uma forma de promoção social. Essa população tem direito a reinserção social e acesso ao lazer. Conhecer mais profundamente suas necessidades e percepções acerca da temática é o caminho para a efetivação da conquista e garantia de seus direitos sociais.

Estudos da UNESCO mostram que, se teoricamente as pessoas com

deficiência usufruem dos mesmos direitos que os demais cidadãos e cidadãs, a realidade é bem diferente disso. O longo processo histórico de exclusão por elas enfrentado faz desse grupo uma das populações mais vulneráveis da sociedade atual (Hazard e Rezende, 2007).

4.2 Análise e discussão dos dados obtidos

A revisão bibliográfica da temática da tetraplegia no Brasil feita por Cerezetti et al. (2012) traz dados relevantes sobre as origens das lesões medulares, que podem ser traumáticas ou não traumáticas. Entre as traumáticas, as mais frequentemente encontradas aparecem em pessoas do sexo masculino e relacionadas a acidentes automobilísticos, ferimentos por armas de fogo, mergulho em águas rasas, acidentes esportivos e quedas.

Os resultados obtidos estão de acordo com dados apresentados na pesquisa de Campos (2008), que trazem as informações de que o caso de lesões medulares tem aumentado de maneira considerável nos últimos anos, sendo que a maior parte dos atingidos são jovens do sexo masculino. Os estudos apontam a estimativa de 12 mil novos casos de lesão medular a cada ano, sendo que a 60% serão entre 16 e 30 anos, baseado em dados estatísticos. Essa informação coincide com os dados coletados na pesquisa; a análise dos dados obtidos através da aplicação do questionário trouxe como resultado que 67,7% dos entrevistados se declararam como sendo do sexo masculino.

Qual seu sexo? (31 respostas)

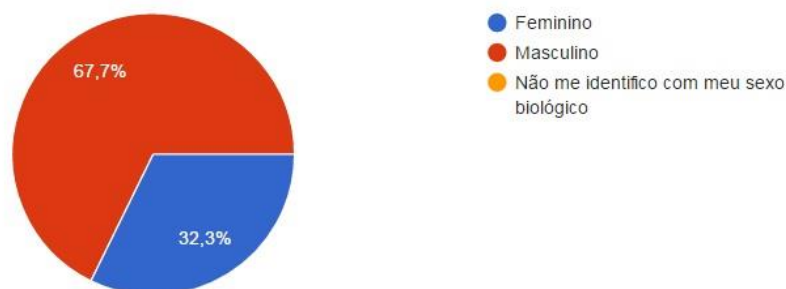
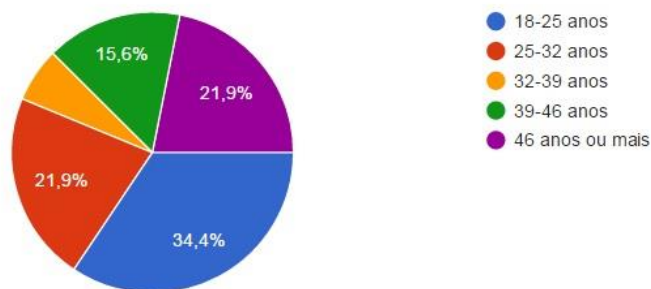


FIGURA 1 – Divisão dos entrevistados por sexo. Questionário Tetraplegia e Lazer (ANEXO 1)

A lesão ocorre majoritariamente entre indivíduos do sexo masculino, em uma proporção 4:1, preferencialmente na faixa etária compreendida entre 15 e 40 anos. (DELFINO, 1999). Esse dado também se assemelha aos dados encontrados na pesquisa, onde a maior parte dos indivíduos tem entre 18 e 25 anos, e, dentro desse grupo, 63,3% são do sexo masculino e 36,4% do sexo

Qual a sua idade? (32 respostas)



feminino.

FIGURA 2 - Divisão dos entrevistados por idade. Questionário Tetraplegia e Lazer (ANEXO 1)

Dentre os indivíduos analisados, no universo dos sujeitos lesionados por acidentes, 78,9% eram homens e 21,05% mulheres. Já com relação às lesões não traumáticas, aparecem, bem menos frequentemente, como causas os tumores, infecções, alterações vasculares malformações e processos degenerativos ou compressivos (CEREZETTI, 2012). E os dados encontrados na pesquisa estão de acordo com a literatura consultada, aparecendo bem menos frequentemente que as lesões por trauma, representando 32,3% do universo de entrevistados, já inclusas as lesões congênitas.

Como ocorreu sua lesão? (31 respostas)

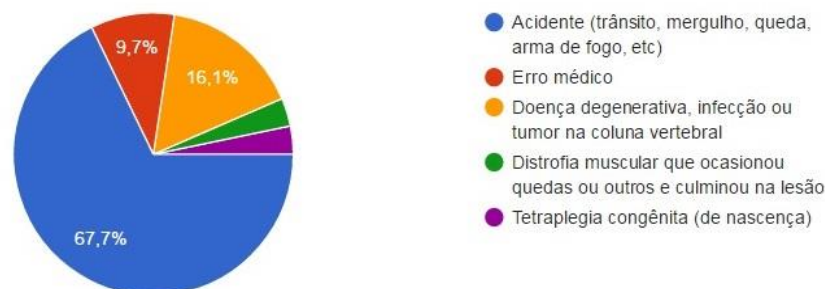


FIGURA 3 – Divisão dos entrevistados por causa da Lesão Medular. Questionário Tetraplegia e Lazer (ANEXO 1).

Sendo assim, a maior parte dos casos encontrados, estando ligados à origens traumáticas, associam-se ao quadro clínico denominado choque medular (CEREZETTI, 2012). Esse choque resulta em uma paralisia flácida, que anestesia o indivíduo abaixo do nível da lesão, além das alterações no controle do esfíncter anal e na termorregulação. Assim, exceto pelos indivíduos que relataram ter lesão medular de origem não traumática 32,3%, quase a totalidade dos indivíduos analisados possuem paralisia flácida abaixo do nível da lesão. Salvo os casos em que a lesão foi incompleta, não há também sensibilidade abaixo do nível da lesão.

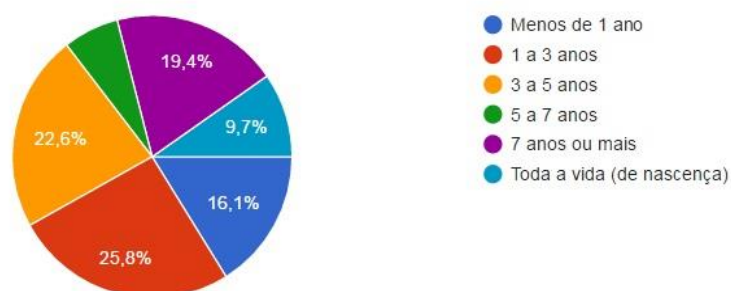
Em apenas um dos casos surgiu uma lesão acima da terceira vértebra; assim, esse indivíduo incorreu em danos no sistema respiratório: o mesmo relatou necessitar de aparelhos para respirar, assim como a literatura mostra, uma vez que se a lesão comprometer segmentos cervicais altos (entre C1 e C3), podem ocorrer problemas de ordem respiratória (CEREZETTI, 2012).

Outro ponto de análise para finalmente adentrar na temática da percepção do lazer foi levantar dados sobre há quanto tempo esse indivíduo convive com a lesão: a compreensão individual da categoria “lazer” parece estar intimamente ligada à forma como o indivíduo está adaptado às suas condições de vida. A leitura de Murta e Guimarães (2007) esclarece que, dentre as doenças crônicas atuais, a lesão medular, em especial a que ocorre por causas traumáticas, é “uma das condições de maior impacto no desenvolvimento humano. Esta condição não evolui necessariamente para o óbito, mas limita e demanda completa modificação no estilo e nas opções de

vida da pessoa acometida”.

Dessa forma, a literatura vai delineando a compreensão de que as condições de vida de um indivíduo com lesão medular alteram sua vida em muitos aspectos e o lazer, objeto principal dessa análise, certamente é um deles. Dessa maneira, compreender há quanto tempo cada um dos indivíduos pesquisados convive com a lesão medular é um fator importante para

Há quanto tempo vive com a lesão medular? (31 respostas)



compreender suas percepções acerca da temática.

FIGURA 4 – Divisão dos entrevistados por tempo de convivência com a Lesão Medular. Questionário Tetraplegia e Lazer (ANEXO 1).

Dentre os sujeitos, o tempo de convivência com a lesão (FIGURA 4) variou bastante. Dentre aqueles que convivem a menos de um ano com a lesão, que representam 16,1% da análise, as respostas à questão 26 do Questionário Tetraplegia e Lazer (ANEXO 1) obtidas foram:

QUESTÃO 26 do Questionário 1. Domínio: ATIVIDADES DE LAZER: Quais e quantas de suas atividades recreativas puderam ser mantidas na fase pós-lesão (pintura, cinema, confraternizações, etc)?

Todas as respostas estão transcritas da maneira como foram obtidas, com correção apenas ortográfica:

Sujeito 4: “Churrasco, praia, viagem”

Sujeito 6: “Praticamente nenhuma. Amava esportes”

Sujeito 12: “Não sei o que dizer”

Sujeito 28: “quase nenhuma. amava passear comprar sair e curtir. ainda estou me adaptando e o acidente me aproximou de atividades mais caseiras família e internet e filme “

Sujeito 32: “sofri um acidente de moto e ainda estou tentando aceitar. o que tem segurado a barra e minha mãe e família. temos visto muito filme sobre pessoas que não andam e me aproximado de mais pessoas iguais “

Os dados encontrados vão de acordo com a revisão bibliográfica, onde lê-se que existe, a nível cultural, uma crença de que a Lesão Medular é um “acontecimento devastador e que o retorno à vida normal é improvável, havendo uma insistência na não adaptação das pessoas à lesão, bem como um enfoque nos fatores de risco e vulnerabilidades” (Quale & Schanke, 2010 *apud* Ferreira e Guerra, 2014). A sequência das análises mostra que, nos indivíduos com mais tempo de lesão, a aceitabilidade muda bastante e a experiência do lazer é citada com maior entusiasmo.

Ainda na Questão 26, entre aqueles que relataram conviverem com a lesão em períodos compreendidos entre 1 a três anos, as respostas obtidas foram:

QUESTÃO 26 do Questionário 1. Domínio: ATIVIDADES DE LAZER: Quais e quantas de suas atividades recreativas puderam ser mantidas na fase pós-lesão (pintura, cinema, confraternizações, etc)?

Sujeito 5: “Quase todas. Minha esposa continuou ao meu lado, saímos bastante e amo meus filhos. “

Sujeito 9: “Só as atividades sociais. parei com academia. “

Sujeito 14: “nenhuma meus amigos sumiram, só restou a família. ainda tento aceitar “

Sujeito 16: “algumas pessoas importantes não suportaram me ver assim e acabaram se afastando. me sinto bastante recluso mas a internet tem me dado um suporte muito bom. tenho um *tablet* adaptado e com ele viajo o mundo sem sair da cama.. “

Sujeito 19: “confraternizações com a família, ver filmes e series, internet, *Facebook* “

Sujeito 22: ”jornal, família, filme “

Sujeito 23: “cinema, confraternizações, sexo “

Sujeito 25: “sofri recentemente um acidente de moto, fui atropelado por um motorista bêbado e fracturei a cervical. ainda estou em fase de adaptação. me reabilitei no Sarah Brasilia DF e meus amigos continuaram ao meu lado. um antigo amor se reaproximou e já estamos juntos há quase um ano, namorada, amigos, filmes e internet tem sido minha melhor e maior fonte de lazer e contato com o mundo. “

Nas análises, em especial entre os sujeitos que convivem com a lesão há um período compreendido entre um e três anos, fica clara que a revolução informacional figura como importante elemento de reinserção e adaptação das pessoas às suas novas condições de vida. No ano de 2005, durante a Cúpula Mundial da Sociedade da Informação, a Agenda de Túnis delegou à Organização das Nações Unidas para Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) o papel de liderar a implementação de ações de promoção à inclusão social e digital de pessoas com deficiência, por meio de acesso à informação em formato digital.

Estudos recentes apontam que os próprios sujeitos ficam surpresos com sua capacidade de adaptação às mudanças físicas, e que “é possível ter uma vida normal e feliz” (Quale & Schanke *apud* Ferreira e Guerra, 2014). Ainda assim, a generalização não é sábia e a literatura aponta a existência de indivíduos que desenvolvem altos níveis de estresse pós-traumático, ansiedade e depressão. Até aqui os dados mostram que os indivíduos analisados apresentaram respostas menos positivas com relação ao seu lazer no período pós-lesão nos períodos iniciais, e que, ao longo dos anos, a adaptação e aderência à novas práticas de lazer vai aumentando.

Nos indivíduos que convivem com a lesão em períodos compreendidos entre 3 e 5 anos, as respostas encontradas foram:

Sujeito 10: “meus amigos de verdade permaneceram comigo. com adaptações

ainda consigo fazer algumas atividades como jogar online e ir pro cine”

Sujeito 15: “poucas. ver tv e ler “

Sujeito 21: “ver futebol, navegar na net, ver filmes namorada “

Sujeito 24: “tenho controle parcial dos membros sup e ainda jogo e acesso muito a internet, considero jogar como um esporte além de ir mt ao cinema e sair com amigos e namorada “

Sujeito 29: “a lesão foi um acidente de mergulho, a água era uma das minhas atv favoritas. E até ela foi mantida, minha família costuma me acompanhar pra ficar na água. algumas surgiram depois como a internet e todos os amigos que fiz aqui na comunidade do face”

Sujeito 31: “as pessoas sumiram depois da lesão. fiquei mais só e reclusa. aprendi a me divertir sozinha e conheci muita gente na internet. me aproximei da tecnologia e comecei a ler muito mais e ver filme “

Sujeito 33: “me aproximei das coisas q fazia menos como ir ao teatro e ver filmes e descobri os audiolivros. os amigos mais íntimos continuam por perto outros n quiseram me ver assim. a família esta sempre do lado “

Nesse grupo que convive com a lesão em um período compreendido entre 3 e 5 anos, nota-se uma adaptação ainda maior à nova condição física e novos caminhos para o lazer: internet, jogos, atividades aquáticas, aproximação com a tecnologia.

Apenas dois dos sujeitos que responderam à pesquisa se encaixam na categoria de indivíduos que convivem com a tetraplegia em um período compreendido entre 5 e 7 anos, sendo que o sujeito 17 declarou-se como sendo do sexo masculino e o sujeito 26 declarou-se como sendo do sexo feminino. Suas explicações são:

Sujeito 17: “cinema, ir ao parque, sair com filhos namorar a mulher rsrs”

Sujeito 26: “ainda consigo fazer artesanato e me aproximei da internet. a igreja e minhas amigas tbm sao parte da minha felicidade diária“

Nota-se, nessa reduzida amostra, uma visão mais otimista acerca da visão de lazer. Em conformidade com Bampi, Guilhem e Lima (2008), a gravidade e irreversibilidade das lesões medulares exigem rotinas e programas de reabilitação que auxiliam na adaptação a uma nova vida. As dificuldades encontradas para retomar a vida social e familiar são desafios trazidos, também, aos profissionais envolvidos na reabilitação dos sujeitos. E o educador físico muitas vezes compõem essas equipes.

Dos sujeitos analisados, seis relataram conviver a 7 anos ou mais com a lesão. Suas respostas para a já citada QUESTÃO 26 do Questionário 1. Domínio: ATIVIDADES DE LAZER: “Quais e quantas de suas atividades recreativas puderam ser mantidas na fase pós-lesão (pintura, cinema, confraternizações, etc)?” São:

Sujeito 3: “Leitura, filmes, viagens e namoro rsrs”

Sujeito 8: “Algumas puderam. As confraternizações em família, idas ao cinema. Comecei a pintar com a boca e ouvir muitos livros tbm”

Sujeito 11: “meus artesanatos e filmes, que amo!”

Sujeito 13: “sexo, cinema, confraternizações. só parei de surfar”

Sujeito 18: “igreja. ali esta a minha segunda família e meu motivo pra viver: Deus que sabe de tudo e todas as coisas!!!!!!”

Sujeito 27: “já lidava antes com limitações de movimento e o erro medico deu uma piorada nisso. a maioria das coisa que fazia foram mantidas, já tinha uma vida automatizada e adaptada”.

Por fim, os sujeitos que declaram conviver com a lesão medular por toda a vida (congenita), são três: uma representante do sexo feminino e dois do masculino. A resposta deles à questão 26 foi:

Sujeito 7: “Todas. Não conheço outra maneira de viver. Eventos sociais, cinema, teatro, audiolivros. “

Sujeito 20: “eu saio com amigos vejo futebol bebo com amigos fico com a família e vejo muita teve. também me aproximei mais da internet”

Sujeito 30: “não conheço outra forma de viver. todas puderam ser "mantidas",

assim sendo. considero meu trabalho como fonte de lazer.”

Os sujeitos que conviveram com a lesão durante toda a existência são um contraponto a todos os demais. A adaptação pode-se chamar de perfeita, e a forma de perceber e vivenciar o lazer não passou por uma “ruptura”, não houve uma fase pré ou pós lesão para servir de ponto comparativo.

Qual a altura da sua lesão (em qual vértebra)? (31 respostas)

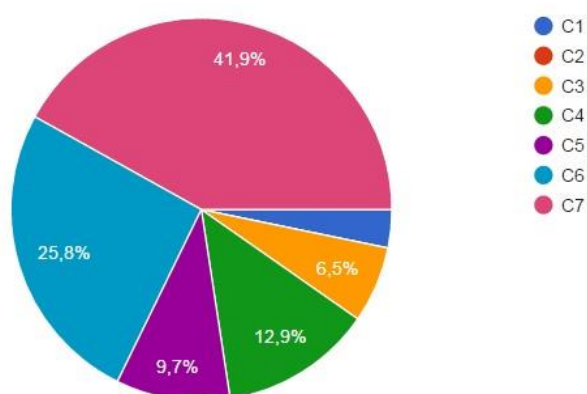


FIGURA 5 – Divisão pela altura da Lesão Medular. Questionário Tetraplegia e Lazer (ANEXO 1)

Dentre os indivíduos analisados, quase a metade reportou ter sido acometido por lesão na sétima vértebra cervical (C7). Em segundo lugar, 25% têm lesão na sexta vértebra cervical (C6). Na quarta vértebra cervical (C4), 12,9% relataram possuir a lesão. Na quinta vértebra (C5) cervical, são 9,7% dos indivíduos que participaram dessa pesquisa. Na terceira vértebra cervical (C3) foram 6,5% dos entrevistados que relataram ter a lesão e, por fim, apenas 1 sujeito entrevistado, ou 3,2% dessa amostra.

Como você avaliaria sua qualidade de vida? (31 respostas)

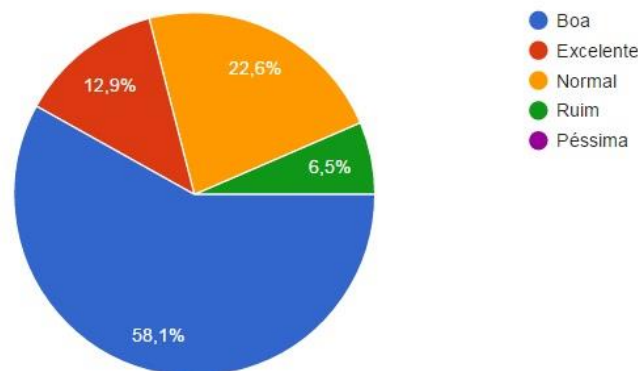
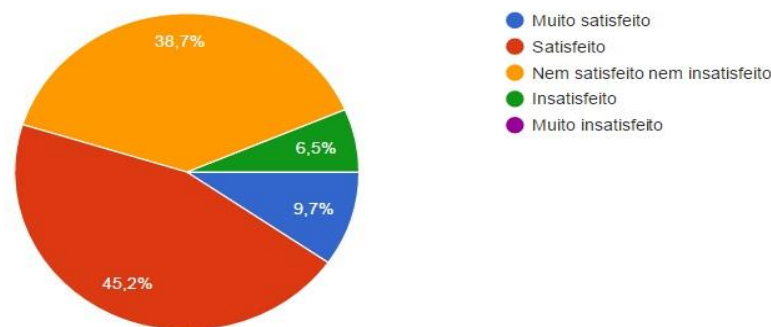


FIGURA 6 – Autoavaliação da qualidade de vida. Questionário Tetraplegia e Lazer (ANEXO 1).

Quando perguntados sobre qualidade de vida, nenhum dos sujeitos relatou considerar sua qualidade de vida como sendo “péssima”. Ela oscilou entre “ruim” e “boa”: mais da metade considera ter uma “boa qualidade de vida”, compreendendo 58,1% do total. Em segundo lugar, 22,6% deles consideram ter uma qualidade de vida “normal”. Dentre os que a consideram “excelente”, encontram-se 12,9% dos sujeitos. E, por fim, a minoria, 6,5% deles

SAÚDE: O quanto você está satisfeito(a) com sua saúde? (31 respostas)



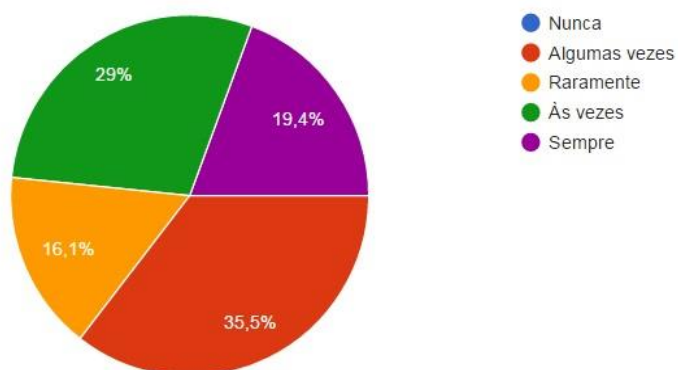
consideram ter uma qualidade de vida “ruim”.

FIGURA 7 – Autoavaliação da qualidade de saúde. Questionário Tetraplegia e Lazer (ANEXO 1)

De acordo com o gráfico mostrado na FIGURA 7, quase metade dos sujeitos analisados consideram possuir uma saúde satisfatória, são 45,2%. Em segundo lugar, aparecem aqueles que relatam nem satisfação nem insatisfação, eles são 38,7% dos entrevistados. Os muito satisfeitos representam 9,7% da amostra e, em 6,5% dos casos a saúde foi dita como sendo muito satisfatória. Parece um indicador positivo que nenhum tenha ido

ATIVIDADES DE LAZER: Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?

(31 respostas)



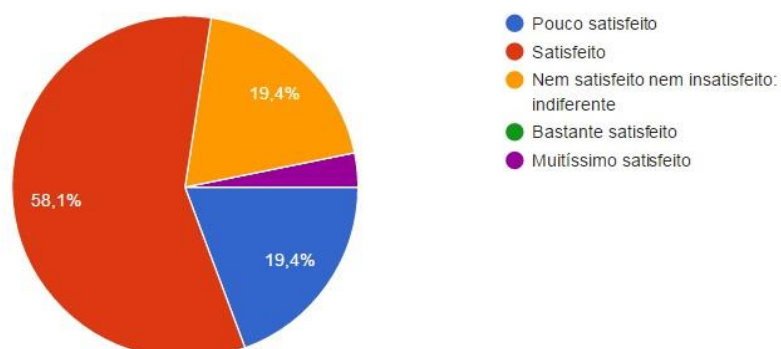
para o extremo negativo da Escala de Likert (muito insatisfeito).

FIGURA 8 – Relato das oportunidades de lazer. Questionário Tetraplegia e Lazer (ANEXO 1).

Na competência “Em que medidas você tem oportunidades de lazer”, 35,5% relataram tê-la “algumas vezes”; outras 29% relataram tê-la “às vezes”. Disseram que “sempre” têm oportunidades de lazer 19,4% dos sujeitos. E,

Você está satisfeito com as formas de lazer adotadas na fase pós-lesão?

(31 respostas)



disseram que apenas raramente as têm 16,1% dos sujeitos.

FIGURA 9 – Satisfação com as formas de lazer. Questionário Tetraplegia e Lazer (ANEXO 1).

A figura 9 ilustra, resumidamente, os dados obtidos com a questão 26, anteriormente descrita. De maneira sucinta, mais da metade afirmaram sentirem-se “satisfeitos” com as formas de lazer que adotaram na fase pós-lesão: eles são 58,1% dos indivíduos que responderam o questionário. Houve

um empate estatístico entre aqueles que relataram não estarem nem satisfeitos nem insatisfeitos com as formas de lazer adotadas na fase pós-lesão e aqueles que se disseram “pouco satisfeitos”: eles representam, cada um, 19,4% dos entrevistados. Apenas um sujeito relatou sentir-se “muitíssimo satisfeito”, representando 3,2% do total. O fato de a soma dos nem satisfeitos e nem insatisfeitos somarem 38,8% do total pode ser um indicativo de que há de se pensar em mecanismos para melhorar as formas de lazer adotadas, visando a melhora da satisfação.

Você acredita que algum dos fatores seguintes melhora suas fontes de lazer? Assinale-a(s)

(31 respostas)

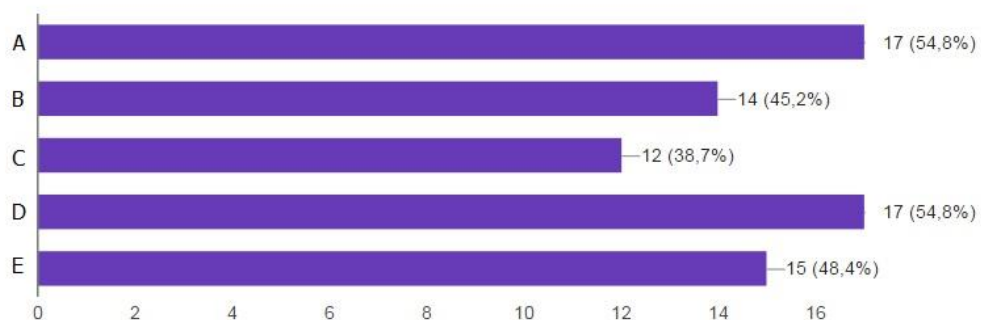


FIGURA 10 – Melhoras nas fontes de lazer. Questionário Tetraplegia e Lazer (ANEXO 1).

A – Melhores condições financeiras;

B – Melhores condições de saúde;

C - Melhores condições de transporte;

D – Maior quantidade de companheiros de atividades;

E – Melhora da vida afetiva.

A figura 10 mostra os elementos que, na percepção dos sujeitos, seriam fatores importantes para uma melhoria em suas fontes de lazer. Aparecem empatados os quesitos “A - Melhores condições financeiras” e “D – Maior quantidade de companheiros de atividades”, onde, em cada um dos quesitos, 54,8% assinalou como opção de melhora. A melhora na vida afetiva também figura como um elemento que traria benefícios para o campo do lazer. Ainda 45,2% acreditam que melhores condições de saúde seriam benéficas e, por fim, 38% deles também acreditam que uma maior quantidade de companheiros

de atividades seria um fator relevante para uma melhor qualidade das práticas de lazer.

Você considera sua vida sexual como sendo fonte de lazer? (31 respostas)

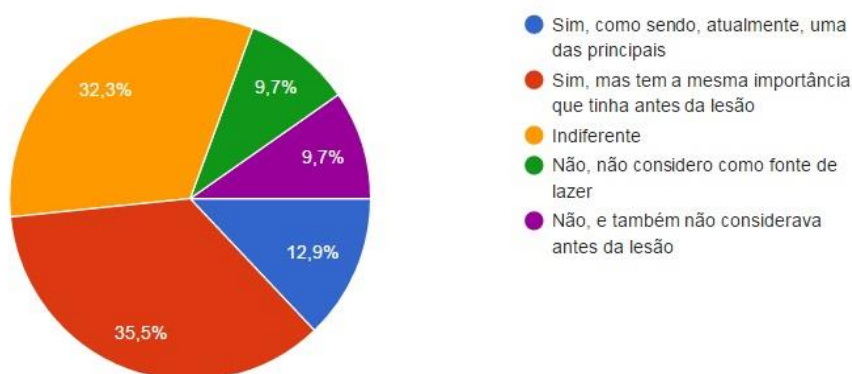


FIGURA 11 – Relação entre vida sexual e lazer. Questionário Tetraplegia e Lazer (ANEXO 1).

Torrecilha et al. (2014) encontraram, em seus estudos sobre a relação entre lesão medular e sexualidade que a prática, frequência, desejo e satisfação sexual decaíram após acometimento de lesão medular, assim como ocorreu com as respostas sexuais dessas pessoas. Na maioria das vezes, notou-se que o resgate da vida sexual seu deu por métodos que não centralizassem a prática nos órgãos sexuais, mas sim no corpo como um todo, e estímulos auditivos e visuais. Dados que parecem justificar o porquê de 35,5% dos sujeitos terem relatado que sim, consideram a vida sexual como parte de seu lazer e que ela tem, ainda, a mesma importância. Os 32,3% por cento que se disseram indiferentes possivelmente ainda não se adaptaram ou encontraram outros meios de vivenciar a própria sexualidade no período pós-lesão. Dentre aqueles que não consideram como fonte de lazer estão 9,7% dos sujeitos. Outros 9,7 não a consideram como fonte de lazer ao passo que 12,9% consideram, atualmente, como sendo uma de suas principais fontes de lazer.

Resumidamente, qual dessas atividades é sua preferência nos momentos livres?

(31 respostas)

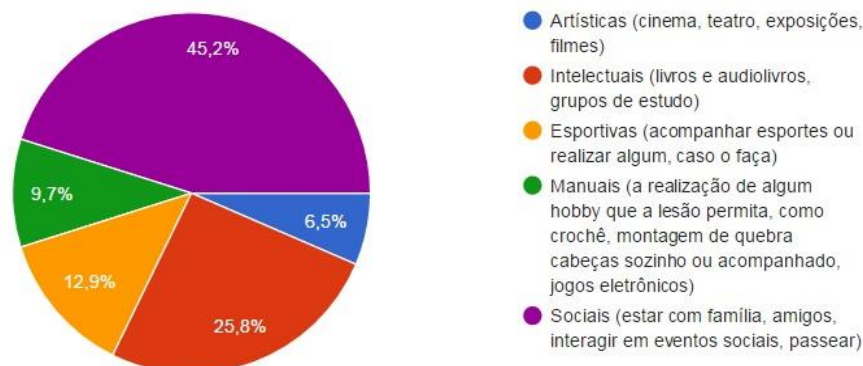
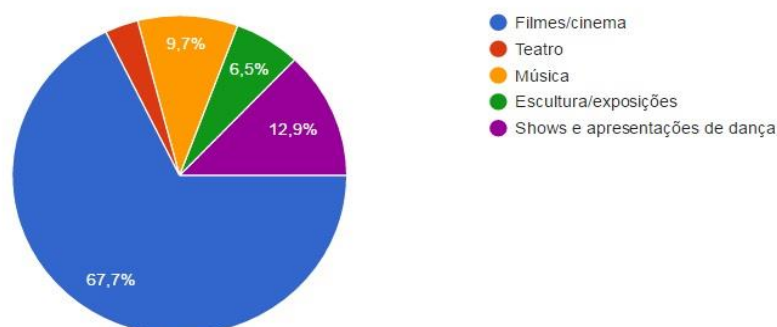


FIGURA 12 – Preferências de lazer. Questionário Tetraplegia e Lazer (ANEXO 1).

Para subsidiar a pergunta que teve como objetivo coletar quais são as atividades preferidas pelos sujeitos, de maneira resumida, foram utilizadas as categorias de lazer descritas por Marcellino (2007), sendo elas o lazer de caráter: artístico, intelectual, esportivo, manual e social.

O resultado encontrado confirma aquilo que foi suposto na fase de elaboração do projeto de trabalho: supunha-se que, na fase pós lesão, algumas preferências por determinadas categorias de lazer iriam sobrepor-se à outras; no caso, as sociais, artísticas e intelectuais em detrimento das esportivas e manuais. Porém, a relativa expressividade com que todas as categorias figuraram nas respostas recebidas foi surpreendente. São 12,9% que priorizam o lazer ligado à práticas esportivas e 9,7% priorizando o lazer de caráter manual, onde achou-se que haveria pouca ou nenhuma aderência à essas

Que atividades de cunho artístico despertam seu interesse? (31 respostas)



práticas de lazer pela população estudada.

FIGURA 13– Atividades de cunho artístico. Questionário Tetraplegia e Lazer (ANEXO 1).

Em um dos domínios que esperava-se encontrar uma quantidade expressiva de respostas, que é o lazer ligado às artes, mais da metade, 67% relataram interessarem-se por filmes e cinema. Aquino e Martins (2007) explicitam que, atualmente, o termo “lazer” é utilizado de forma crescente, e ele pode aparecer empregado em sua concepção ou real ou associado a palavras como “entretenimento”, “turismo”, “divertimento”, e “recreação”.

Ficou claro em alguns tópicos que muitos dos sujeitos relacionam à esses tópicos suas práticas de lazer. O autor reforça, ainda, que “o sentido do lazer é tão polêmico quanto a origem e o sentido do termo ócio”. Nota-se, ainda, que o conceito de lazer talvez não seja tão claro (como o entrevistado que alegou que lazer, para ele, é o seu trabalho). E é nítido, também, a existência de preconceito com o termo “ócio”, o que pode se evidência de que é difícil para muitos conceber que seu lazer o ocorre em seu tempo livre e que ócio também pode ser produtivo e importante.

Que atividade intelectual mais te interessa? (31 respostas)

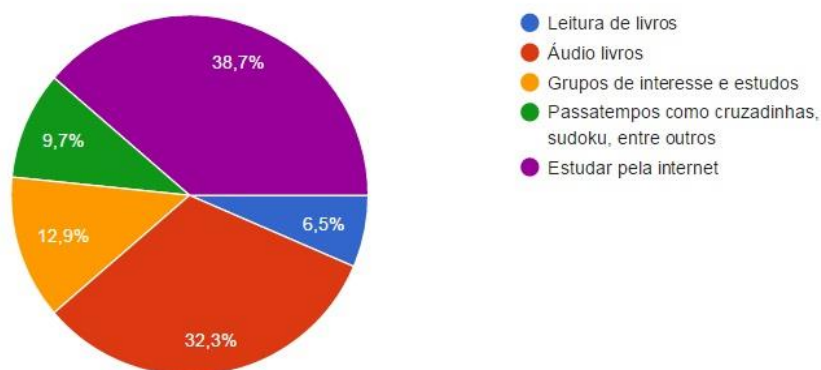


FIGURA 14 – Interesse por lazer intelectual. Questionário Tetraplegia e Lazer (ANEXO 1).

A leitura dos dados obtidos demonstra que, na fase pós-lesão, muitos dos sujeitos que responderam à pesquisa se aproximaram muito do lazer de caráter intelectual. A leitura de livros, o estudo pela internet e a preferência por áudio livros foi bastante citada. Assim, esse lazer que é vivenciado no tempo disponível, tem como traço definidor a necessidade de existência de um caráter “desinteressado” dessa vivência. A satisfação da realização da atividade é a própria motivação de fazê-la: isso é lazer (MARCELLINO, 2004 *apud* MARCELLINO 2007).

Comparando seus hábitos antes de depois da lesão medular, caso se aplique, suas atividades turísticas:

(31 respostas)

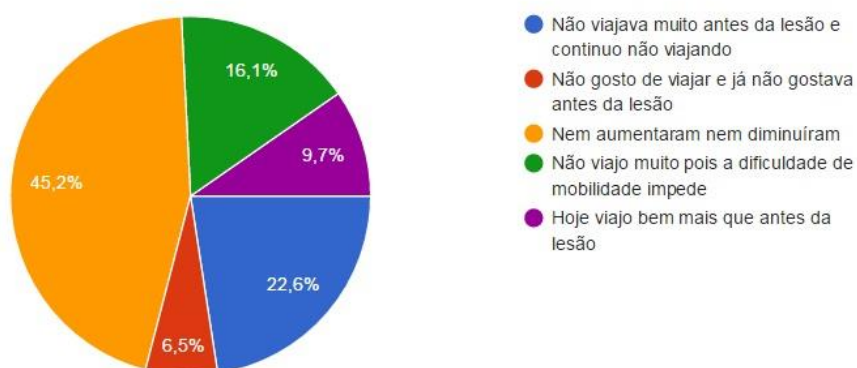


FIGURA 15 – Lazer turístico. Questionário Tetraplegia e Lazer (ANEXO 1).

Por fim, os dados relativos ao lazer de natureza turística: a hipótese era de serem encontrados dados que mostrassem alguma alteração nesse padrão de vivência do lazer. No entanto, o que se encontrou foi uma quase metade de respostas que endossam uma não-alteração no padrão de viagens no período pós-lesão. Dentre os entrevistados, 45,2% relataram não ter nem aumentado nem diminuído seu padrão de viagens. 22,6% já não o faziam no período anterior à lesão. Do total, 16% justificam que a atual dificuldade de mobilidade alterou seu padrão turístico. Surpreendentes 9,7% não gostam de viajar e não menos surpreendentes outros 9,7% relataram viajar ainda mais no período pós-lesão em comparação ao padrão anterior.

No domínio "Atividades e lazer", a questão 27: "Quantas das suas fontes atuais FAVORITAS de lazer foram descobertas na fase pós-lesão? (pintura com a boca, maior contato com familiares, acesso à internet, ver filmes)?" a maioria dos sujeitos relatou que duas de suas fontes favoritas atuais de lazer foram descobertas fase pós lesão, eles são 35,5% do total. 22,6% deles relataram terem descoberto uma de suas fontes favoritas de lazer no período pós-lesão. Empatados com 19,4% cada, as respostas "descobri três das favoritas pós-lesão" e "cinco ou mais". Por fim, um sujeito, ou 3,2% da amostra relatou ter descoberto 4 fontes favoritas de lazer na fase pós lesão. Ou seja, nos pós-lesão os indivíduos continuam se reinventando e buscando novas fontes de lazer, ou mesmo adaptações necessárias devido à condição em que se encontram.

Na questão 24: "RECURSOS FINANCEIROS: Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades básicas, como alimentação, moradia, educação?" A maior parte dos entrevistados relatou "Sempre possuir dinheiro suficiente para satisfazer as necessidades básicas". Eles são 41,9% dos sujeitos. Outro 35,5% relataram que "às vezes" têm dinheiro suficiente para as necessidades básicas. A resposta "algumas vezes" apareceu em 19,4% das respostas e, por fim, 3,2% relataram que "raramente" possuem dinheiro que supra o básico.

Na questão 23: "AMBIENTE SAUDÁVEL: O quanto seu ambiente físico é saudável (clima, barulho, poluição, atrativos)?", do domínio meio ambiente e recursos, encontrou que, dentre os entrevistados, 87,1% do total considera que seu ambiente físico é "razoavelmente" saudável. Em segundo lugar, 9,7% consideram "muito saudável" o ambiente em que vivem e, por fim, 3,2% o consideram "quase nada saudável". Indicadores de salubridade do ambiente refletem diretamente na percepção da qualidade de vida, de acordo com a OMS.

Ainda no domínio meio ambiente em recursos, Questão 22: SEGURANÇA NA VIDA: O quanto você se sente seguro na sua vida diária? Mais da metade alegou se sentir "suficientemente seguro", enquanto 41,9% se mostraram indiferentes com relação a esse indicador. 6,5% sentem-se "bastante seguros" em sua vida diária.

No domínio das relações sociais, mais da metade, 51% relatou estar "satisfeito" com as relações pessoais que possui. Dentre os demais, 22,6% se mostrou indiferente a esse quesito. Outros 12,9% relataram estar pouco satisfeitos com suas relações pessoais. Os bastante satisfeitos são 9,7% e os muitíssimo satisfeitos, 3,2%.

Com relação ao apoio dos amigos, 48% se disse "satisfeito" com o apoio que recebe. Empatados com 19% para cada resposta figuraram os indiferentes ao quesito e os pouco satisfeitos. É um número elevado de pessoas indiferentes à questão o apoio de amigos. Possivelmente esse indicador reflete nas práticas de lazer mais voltadas para atividades solitárias e/ou com a família que a pesquisa encontrou. 9,7% se disseram bastante satisfeitos e, por fim, 3,2% se disseram "muitíssimo satisfeitos".

No domínio geral "qualidade de vida", o quesito 8: dor física traz a

questão “Em que medida você sente alguma dor física que o impede de fazer que você precisa?” A opção "um pouco dor" apareceu em 38,7% das respostas. Aqueles que sentem "um pouco de dor" são 35,5% dos sujeitos. Os que disseram sentir "muita dor, e tomar medicação pra ela" foram 16,1% dos entrevistados. A resposta "nenhuma dor" apareceu em 6,5% das respostas. E aqueles que disseram sentir muita dor e não tomar nenhuma medicação pra ela foram 3,2% dos entrevistados.

Dentro do domínio geral "qualidade de vida", a pergunta 9, sobre o tratamento: "O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?", encontrou o surpreendente resultado de que 56,7% dos sujeitos não precisam de acompanhamento médico no dia a dia. A resposta "De vez em quando preciso de acompanhamento médico na semana" apareceu em 23% das respostas. Outros 16,7% relataram a necessidade de acompanhamento médico pelo menos uma vez por semana. E 3,2% responderam: "não respiro sozinho e preciso de respirador 24h por dia".

Dentro do domínio geral "qualidade de vida", a pergunta 10 investiga a disposição física dos sujeitos: "Você tem energia suficiente para o seu dia a dia?". As respostas apontaram que 35,5% dos sujeitos sentem que possuem energia o suficiente para o dia. Outros 32,3% relataram sentir "muita energia" para o dia a dia. As respostas "um pouco de energia" e "mais energia" apareceram empatadas, com 9,7% das respostas. Por fim, 12,9% relataram possuir "nenhuma energia" para o dia a dia.

No domínio geral "qualidade de vida", a pergunta 11 ambiciona investigar a qualidade de sono dos sujeitos. Para a pergunta "O quanto você está satisfeito com seu sono?", quase metade dos indivíduos relatou sentirem-se satisfeitos: 48,4% o total. Outros 29% alegaram sentirem-se pouco satisfeitos. Os bastante satisfeitos são 12,9% do total, e, por fim, 9,7% relataram serem indiferentes a esse quesito e não estarem "nem satisfeitos nem insatisfeitos".

No domínio geral "qualidade de vida", a pergunta 12 é sobre a locomoção dos sujeitos: "O quão bem você é capaz de se locomover com a ajuda de aparelhos ou cadeira de rodas?" Quase empatadas, apareceram as respostas: "Minha locomoção é parcialmente dependente: na maior parte do tempo eu preciso de auxílio para me locomover", com 29% das respostas e "Minha locomoção é parcialmente independente: na maior parte do tempo eu

posso realizá-la sozinho", com 25,8%. Curiosamente, apenas mulheres assinalaram a opção que inclui receber ajuda sem que ela seja estritamente necessária, e a opção "alternar as duas opções: tanto me locomovo sozinho quanto aceito ajuda para me locomover em alguns momentos, mesmo não sendo imprescindível", com 19,4% das respostas, apenas de pessoas do sexo feminino. Os totalmente independentes, que possuem uma cadeira que um tetraplégico possa operacionalizar sozinho representam 16,1% da amostra. Por fim, 9,7% deles relataram depender 100% de alguém para realizar a própria locomoção.

Na última questão do domínio geral "qualidade de vida", o objetivo foi explorar a satisfação com relação à capacidade de cada um em desempenhar atividades do dia a dia. Assim, a questão 14 - "o quanto você está satisfeito(a) com sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia a dia?" resultou em três respostas: mais da metade está satisfeito com essa habilidade, eles representam 54,8% do total. Outros 25,8% relataram estar pouco satisfeitos com essa habilidade e, por fim, 19,4% se disseram indiferentes a isso, estando "nem satisfeitos nem insatisfeitos".

Adentrando as questões do domínio Psicológico, a primeira pergunta tem o objetivo de explorar o quanto os sujeitos sentem que aproveitam a vida. As respostas obtidas foram: 41,9% dos entrevistados consideram que aproveitam razoavelmente suas vidas, enquanto 25,8% disseram aproveitar "muito" suas vidas. Em contrapartida, 16,1% disseram não aproveitar "quase nada" suas vidas. Os que disseram aproveitar "muitíssimo" são 9,7% do total e, a menor parte deles disse aproveitar pouco: 6,5% da amostra.

Na segunda questão do domínio Psicológico, ou questão número 15 do, foi indagado: "Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?". Três resultados obtiveram quantidades bastante semelhantes de respostas: 29% disseram que consideram que suas vidas têm muito sentido; 25,8% disseram que suas vidas têm "muitíssimo sentido" e a resposta "razoavelmente" também apareceu em 25,8% dos resultados. Empatadas, as respostas "acho que minha vida tem pouco sentido" e "vejo quase nada de sentido em minha vida" obtiveram 9,7% de frequência cada.

Na terceira questão do domínio Psicológico, questão 16 do questionário, foi explorada a percepção acerca da própria capacidade de concentração dos

indivíduos. Na pergunta "O quanto você consegue se concentrar?" duas respostas apareceram com maior frequência: 38,7% disseram que conseguem se concentrar "razoavelmente" e 35,5% disseram conseguir se concentrar "muito". Os que disseram não conseguir se concentrar "quase nada" foram 12,9% do total, e 9,7% disseram conseguir se concentrar "pouco". Por fim, 3,2% deles disseram que conseguem se concentrar "muitíssimo".

A quarta questão do domínio Psicológico do questionário objetiva buscar correlações entre a satisfação com a aparência física, autoestima e qualidade de vida. Os dados obtidos são coerentes e os resultados de satisfação com aparência/autoestima coincidem com os dados de autossatisfação e qualidade de vida. Na questão 17: "O quanto você está satisfeito(a) com a própria aparência física?" dois resultados obtiveram frequências idênticas: 36,7% responderam que estão satisfeitos com sua aparência física e também 36,7% disseram ser "indiferentes" a esse quesito. Os bastante satisfeitos são 13,3% dos entrevistados e 10% se disseram pouco satisfeitos. Os muitíssimo satisfeitos são 3,2% da amostra.

A quinta questão do domínio Psicológico do questionário visa correlacionar a relação entre a satisfação com a aparência física e a autossatisfação. Ela está apoiada nos princípios de correlação propostos pela equipe que criou o questionário: THE WHOQOL GROUP (1994). Os resultados mostram se a população correlaciona sua satisfação com a aparência com a autossatisfação. Tendo em vista que mais sujeitos relataram estarem satisfeitos consigo mesmos (71%) do que satisfeitos com a própria aparência (36,7%) os dados mostram que a amostra analisada não correlaciona autossatisfação com a satisfação com a aparência, pois há sujeitos relatando autossatisfação mesmo sem estarem satisfeitos com a aparência. Os pouco satisfeitos são 19,4%, os indiferentes são 6,4% e os bastante satisfeitos consigo mesmos são 3,2%.

A quinta questão do domínio Psicológico do questionário visa correlacionar autossatisfação e a frequência com que eles têm experienciado sentimentos negativos: as respostas também trouxeram correlações coerentes, onde, em quantidades semelhantes, a maior parte deles relatou quase nunca ter sentimentos negativos (38%) e também só terem esses sentimentos "de vez em quando" (32,3% do total) o que coincide com o alto nível de autossatisfação

detectado (71%). Os que têm poucas vezes esses sentimentos são 16,1% da amostra. Os que têm sentimentos negativos "a maior parte do tempo", infelizmente, são 6,5% da amostra, idênticos aos 6,5% que se declararam "indiferentes" no quesito autossatisfação. Por fim, 6,5% disseram ter "muitas vezes" esses sentimentos negativos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pensando no trabalho como um processo socialmente combinado, assim como é em uma família, uma nação, é dessa forma que se garante o tempo livre dos sujeitos dessa pesquisa. Sendo o caso de vários deles não poderem mais trabalhar ou tendo se aposentado por invalidez, se mantém com o auxílio da família ou mesmo através de benefícios sociais. É dessa maneira que eles possuem um tempo de vida inteiramente livre, que é sustentado ou não pela doação de tempo de trabalho da família ou mesmo pela tributação do tempo de trabalho da nação.

Esse fenômeno é o mesmo que ocorre, por exemplo, com crianças e também com alguns jovens universitários que dedicam-se exclusivamente aos estudos (apesar de que muitos precisam trabalhar para se manterem estudando), que possuem um tempo de vida inteiramente livre e sustentado pela família e/ou benefícios sociais conquistados. Em ambos os casos, o tempo livre é um tempo livre de trabalho, nele, não se pode esquecer, há um tempo para obrigações diárias (a escola, a universidade, a Igreja, como alguns citaram, família, dentre outros). É desta forma que, dentro do tempo livre, há, ainda, um tempo de obrigações.

A parcela que sobra desse tempo é aquilo que pode ser convertido em "tempo de lazer". É dessa maneira que, na população analisada, o lazer está inserido no tempo livre de obrigações, e não somente de trabalho, como nas análises padrão. Notou-se que, na fase pós lesão, os sujeitos com lesões mais recentes (menos de ano até 3 anos de lesão) ainda estão se adaptando à suas novas rotinas. Aqueles que já têm lesões mais antigas (congenitas ou de três anos ou mais) se mostraram mais adaptados e inclinados à buscar novas práticas de lazer, quando as anteriores não são mais passíveis de realização.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ATHAYDE, Pedro Fernando Avalone; HÚNGARO, Edson Marcelo. Lazer, trabalho e sociedade, 2011. (Material desenvolvido pelos professores para a disciplina de mesmo nome no curso de Educação Física à Distância da Universidade de Brasília).

AQUINO, Cássio Adriano Braz; MARTINS, José Clerton de Oliveira. Ócio, lazer e tempo livre na sociedade do consumo e do trabalho. Rev. Mal-Estar Subj., Fortaleza , v. 7, n. 2, p. 479-500, set. 2007

BAMPI, Luciana Neves da Silva; GUILHEM, Dirce; LIMA, David Duarte. Qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática: um estudo com o WHOQOL-bref. Rev. bras. epidemiol., São Paulo , v. 11, n. 1, p. 67-77 Mar. 2008

BARROCO, Maria Lúcia S. Considerações sobre a ética na pesquisa a partir do Código de Ética Profissional do Assistente Social. Lisboa: Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social, 2005.

BASÍLIO, Narjara Neumann Vieira; SOUTO, Rafaela Queiroga. Qualidade de vida de adultos com lesão medular: um estudo com WHOQOL-bref. Rev Esc Enferm USP, 2011.

BAUBY, Jean-Dominique. O escafandro e a borboleta. Ed. Martins Fontes, 1ª ed. São Paulo, 1997.

BRASIL. Decreto Nº 5.296 de 02 de dezembro de 2004 - DOU de 03/12/2004. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm. Acesso em: Agosto/2016.

CAMPOS, et al. Epidemiologia do Traumatismo da Coluna Vertebral. Rev Col Bras Cir. 2008 Abr;35(2):88-93.

CEREZETTI, Christina Ribeiro Neder; NUNES, Gilvane Rodrigues; CORDEIRO, Diana Rosa Cavaglieri Liuthevicene; TEDESCO, Solange. Lesão Medular Traumática e estratégias de enfrentamento: revisão crítica. O Mundo da Saúde, São Paulo, 2012.

DALMORO, Marlon; VIEIRA, Kelmara Mendes. Dilemas na construção de escalas tipo Likert: O número de itens e a disposição influenciam nos resultados?. Revista Gestão Organizacional, vol. 6 - Ed. Especial, 2013.

DEFINO, Helton A. Trauma Raquimedular. Simpósio: Trauma II, Capítulo II. Medicina, Ribeirão Preto, São Paulo, 1999.

Estatuto da Pessoa com Deficiência. Lei Brasileira de Inclusão. Senado Federal. No 13.146, de 6 de julho de 2015.

FERREIRA, Mariana; GUERRA, Marina Prista. Adaptação à lesão vertebro-medular. Psic., Saúde & Doenças, Lisboa , v. 15, n. 2, p. 380-395. Lisboa, 2014.

FLECK, Marcelo PA; LOUZADA, Sérgio; XAVIER, Marta; CHACHAMOVICH Eduardo; VIEIRA, Guilherme; SANTOS, Lyssandra e PINZON, Vanessa. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref” Rev. Saúde Pública, 34 (2): 178-83, 2000.

FRANÇA, Inácia Sátiro Xavier de; COURA, Alexsandro Silva; FRANÇA, Eurípedes Gil de; GOULART, Renata Ramos; LEITE, José Carlos de Carvalho. Deficientes: A questão social quanto ao lazer e ao turismo. Caxias do Sul, Abril de 2005. [referências completas não disponíveis no artigo]

FREITAS, Henrique; JANISSEK-MUNIZ, Raquel; MOSCAROLA, Jean. Análise qualitativa em formulário interativo: rumo a um modelo cibernético conjugando análises léxica e de conteúdo. CIBRAPEQ - Congresso Internacional de Pesquisa Qualitativa, 24 a 27 de março, Taubaté/SP, 2004.

Greve JMA; Ares MJ. Reabilitação da lesão da medula espinhal. São Paulo: Rocco; 1999.

GUIZZO, João. Anatomia Humana – Atlas Visuais. Coleção/Série: Atlas Visuais. Editora: Ática, 2ª ed. São Paulo. 1998

HAZARD, Damien; FILHO, Teófilo Alves Galvão; REZENDE, André Luiz Andrade. Inclusão digital e social de pessoas com deficiência. Organização das Nações Unidas para Educação, a Ciência e a Cultura. Brasília: UNESCO, 2007.

KNOPLICH, José. *Enfermidades Da Coluna Vertebral* - 2ª Ed. Editora: Panamed, 1982

LIKERT, Rensis. A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*. v. 22, n. 140, 1932.

MARCELLINO, Nelson Carvalho. Algumas aproximações entre lazer e sociedade. *Animador Sociocultural: Revista Iberoamericana Lazer e sociedade* vol.1, n.2, mai.2007/set.2007.

MASCARENHAS, Fernando. *Entre o ócio e o negócio: teses acerca da anatomia do lazer*. Campinas, SP: 2005.

MASCARENHAS, Fernando. Tempo de trabalho e tempo livre: Algumas reflexões a partir do marxismo contemporâneo, *Licere Vol.3-Num.1*, 2000.

MEDOLA, Fausto Orsi et al . O esporte na qualidade de vida de indivíduos com lesão da medula espinhal: série de casos. *Rev Bras Med Esporte*, São Paulo , v. 17, n. 4, p. 254-256, Aug. 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922011000400008&lng=en&nrm=iso> Acesso: 29 de Setembro de 2015:

MELO, Victor Andrade de; ALVES JUNIOR, Edmundo de Drummond. *Lazer: conceitos básicos*. In: *Introdução ao lazer*. Barueri: Manole, 2003.

MURTA, Sheila Giardini; GUIMARAES, Suely Sales. Enfrentamento à lesão medular traumática. *Estud. psicol. (Natal)*, Natal , v. 12, n. 1, p. 57-63. 2007 .

NETO, Renata Valeska do Nascimento. Impacto da adoção da Internet em pesquisas empíricas: comparações entre metodologias de aplicação de questionários. In: *Encontro Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração, ANPAD*: Curitiba, 2004.

NETTER, Frank Henry. *Atlas de Anatomia Humana*. 4 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

RAPOSO, Ana Cláudia; LÓPEZ, Ramón. Conceitos de Lazer em portadores de lesão medular. *Revista Digital*, Buenos Aires, n. 49, junho 2002.

SOUZA, Aline Cristina. VILELA, Paulo Henrique. SILVA, Cristina Oliveira.

A participação de indivíduos com lesão medular em atividades físicas e desportivas: uma revisão de literatura sobre barreiras e facilitadores. Artigo de Revisão: PUC Minas, 2009. [apenas lido].

THE WHOQOL GROUP. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editors. Quality of life assessment: international perspectives. Heidelberg: Springer Verlag;1994. (sem tradução no Brasil).

TORRECILHA, Larissa Amaral; COSTA, Bianca Teixeira; LIMA, Fellipe Bandeira; SANTOS, Suhaila Mahmoud Smaili; SOUZA, Roger Burgo de. O perfil da sexualidade em homens com lesão medular. Fisioter. Mov., Curitiba, v. 27, n. 1, p. 39-48, jan./mar. 2014

TUPINAMBÁ, José; VASCONCELOS, Sousa. Coluna Vertebral : Capítulo I – Anatomia Aplicada e Biomecânica da Coluna Vertebral. Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil.[organizador] Jamil Natour. — 2ª ed. — São Paulo : ETCetera Editora, 2004.

TURATO, Egberto. Ribeiro. Tratado da metodologia da pesquisa clínicoqualitativa. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

VIEIRA S.; HOSSNE, WS. Um pouco de história. In: _____ Experimentação com seres humanos. 1ª ed. São Paulo: Editora Moderna, 1998.

WACHELKE, João et al . Caracterização e Avaliação de um Procedimento de Coleta de Dados Online (CORP). Aval. psicol., Itatiba , v. 13, n. 1, 2014 .

7 – ANEXOS

ANEXO 1: Questionário de pesquisa

Questionário – Tetraplegia e Lazer

(Versão brasileira do WHOQL-bref adaptada para essa pesquisa)

Esta pesquisa tem como objetivo identificar de que maneiras o lazer é percebido e vivenciado por indivíduos que possuem Lesão Medular.

DADOS:

Qual a sua idade?

18-25 anos	25-32 anos	32-39 anos	39-46 anos	46 anos ou mais
------------	------------	------------	------------	-----------------

Qual seu sexo?

Masculino	Feminino	Não se identifica com o sexo biológico
-----------	----------	--

Há quanto tempo vive com a lesão medular?

Menos de 1 ano	1 a 3 anos	3 a 5 anos	5 a 7 anos	7 anos ou mais	Toda a vida (de nascença)
----------------	------------	------------	------------	----------------	---------------------------

Como ocorreu sua lesão?

Acidente (trânsito, mergulho, queda, arma de fogo, etc)	Erro médico	Doença degenerativa, infecção ou tumor na coluna vertebral	Distrofia muscular que ocasionou quedas ou outros e culminou na lesão	Tetraplegia congênita (de nascença)
---	-------------	--	---	-------------------------------------

Qual a altura da sua lesão (em qual vértebra)?

C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
----	----	----	----	----	----	----

DOMÍNIO GERAL:

Q1 – QUALIDADE DE VIDA: Como você avaliaria sua qualidade de vida?

Boa	Excelente	Normal	Ruim	Péssima
-----	-----------	--------	------	---------

Q2 – SAÚDE: O quanto você está satisfeito(a) com sua saúde?

Muito satisfeito	Satisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Insatisfeito	Muito insatisfeito
---------------------	------------	---------------------------------------	--------------	-----------------------

FÍSICO:

Q3 – DOR FÍSICA: Em que medida você sente alguma dor física que o impede de fazer que você precisa?

Nenhuma dor	Um pouco de dor	De vez em quando sinto dores	Muita dor (não tomo medicação para ela)	Muita dor (tomo medicação para ela)
-------------	--------------------	------------------------------------	--	--

Q4 – TRATAMENTO: O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

Não preciso de acompanhame nto médico no dia a dia	Preciso de pouco acompanham ento médico (1 vez na semana pelo menos)	De vez em quando preciso de acompanhame nto médico na semana	Não respiro sozinho e preciso de respirador 24h por dia	Tenho acompanhame nto médico médico 24h por dia
---	--	---	---	---

Q10 – ENERGIA: Você tem energia suficiente para o seu dia a dia?

Nenhuma energia	Um pouco de energia	O suficiente para o dia	Muita energia	Energia de sobra
--------------------	------------------------	----------------------------	---------------	---------------------

Q15 – LOCOMOÇÃO: O quão bem você é capaz de se locomover com a ajuda de aparelhos ou cadeira de rodas?

Minha locomoção é totalmente independente (cadeira que	Minha locomoção é parcialmente independente: na maior parte	Alterno as duas opções: tanto me locomovo sozinho	Minha locomoção é parcialmente dependente: na maior parte	Dependo 100% de alguém para realizar minha
--	---	---	---	---

consigo operar, por exemplo)	do tempo eu posso realizá- la sozinho	quanto aceito ajuda para me locomover em alguns momentos, mesmo não sendo imprescindível	do tempo eu preciso de auxílio para me locomover	locomoção
------------------------------------	---	---	---	-----------

Q16 – SONO: O quanto você está satisfeito com seu sono?

Pouco satisfeito	Satisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito: indiferente	Bastante satisfeito	Muitíssimo satisfeito
---------------------	------------	---	------------------------	--------------------------

Q17 – ATIVIDADES DIÁRIAS: o quanto você está satisfeito(a) com sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia a dia?

Pouco satisfeito	Satisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito: indiferente	Bastante satisfeito	Muitíssimo satisfeito
---------------------	------------	---	------------------------	--------------------------

PSICOLÓGICO:

Q5: APROVEITA A VIDA: O quanto você aproveita a vida?

Pouco	Quase nada	Razoavelment e	Muito	Muitíssimo
-------	------------	-------------------	-------	------------

Q6: SENTIDO DA VIDA: Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?

Pouco	Quase nada	Razoavelment e	Muito	Muitíssimo
-------	------------	-------------------	-------	------------

Q7: CONCENTRAÇÃO: O quanto você consegue se concentrar?

Pouco	Quase nada	Razoavelmente	Muito	Muitíssimo
-------	------------	---------------	-------	------------

Q11: O quanto você está satisfeito(a) com a própria aparência física?

Pouco satisfeito	Satisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito: indiferente	Bastante satisfeito	Muitíssimo satisfeito
---------------------	------------	---	------------------------	--------------------------

Q19: AUTOSSATISFAÇÃO: O quanto você está satisfeito(a) consigo mesmo?

Pouco satisfeito	Satisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito: indiferente	Bastante satisfeito	Muitíssimo satisfeito
---------------------	------------	---	------------------------	--------------------------

Q26: SENTIMENTOS NEGATIVOS: Com que frequência você tem sentimentos negativos como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

Poucas vezes	Quase nunca	De vez em quando	Muitas vezes	A maior parte do tempo
--------------	-------------	---------------------	--------------	---------------------------

RELAÇÕES SOCIAIS:

Q20: RELAÇÕES PESSOAIS: Quão satisfeito você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

Pouco satisfeito	Satisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito: indiferente	Bastante satisfeito	Muitíssimo satisfeito
---------------------	------------	---	------------------------	--------------------------

Q21: VIDA SEXUAL: O quanto você está satisfeito com sua vida sexual?

Pouco satisfeito	Satisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito: indiferente	Bastante satisfeito	Muitíssimo satisfeito
---------------------	------------	---	------------------------	--------------------------

Q8: APOIO DOS AMIGOS: O quanto você está satisfeito com o apoio que recebe dos amigos?

Pouco satisfeito	Satisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito: indiferente	Bastante satisfeito	Muitíssimo satisfeito
---------------------	------------	---	------------------------	--------------------------

Q8- SEGURANÇA NA VIDA: 'O quanto você se sente seguro na sua vida diária?

Pouco seguro	Suficientemente e seguro	Nem seguro nem inseguro: indiferente	Bastante seguro	Muitíssimo seguro
--------------	-----------------------------	--	--------------------	----------------------

Q9- AMBIENTE SAUDÁVEL: O quanto seu ambiente físico é saudável (clima, barulho, poluição, atrativos)?

Pouco	Quase nada	Razoavelmente	Muito	Muitíssimo
-------	------------	---------------	-------	------------

Q12. RECURSOS FINANCEIROS: Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades básicas, como alimentação, moradia, educação?

Nunca	Algumas vezes	Raramente	Às vezes	Sempre
-------	------------------	-----------	----------	--------

Q14. ATIVIDADES DE LAZER: Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?

Nunca	Algumas	Raramente	Às vezes	Sempre
-------	---------	-----------	----------	--------

Q. 14. ATIVIDADES DE LAZER: Quantas das suas atividades recreativas puderam ser mantidas na fase pós-lesão (pintura, cinema, confraternizações, etc)?

Quase todas a quase nenhuma (5 itens na escala de LIKERT)

1 2 3 4 5 ou mais

Pouco satisfeito	Satisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito: indiferente	Bastante satisfeito	Muitíssimo satisfeito
---------------------	------------	---	------------------------	--------------------------

Melhores condições financeiras	Melhores condições de saúde	Melhores condições de transporte	Maior quantidade de companheiros de atividades	Melhora da vida afetiva
--------------------------------	-----------------------------	----------------------------------	--	-------------------------

Q. 14. ATIVIDADES DE LAZER: Você considera sua vida sexual como sendo fonte de lazer?

Sim, como sendo, atualmente, uma das principais	Sim, mas tem a mesma importância que tinha antes da lesão	Indiferente	Não, não considero como fonte de lazer	Não, e também não considerava antes da lesão
---	---	-------------	--	--

Resumidamente, qual desses é sua preferência nos momentos livres?

Artísticos (cinema, teatro, exposições, filmes)	Intelectuais (livros e audiolivros, grupos de estudo)	Esportivos (acompanhar esportes ou realizar algum, caso o faça)	Manuais (a realização de algum hobby que a lesão permita, como crochê, montagem de quebra cabeças sozinho ou acompanhado, jogos eletrônicos)	Sociais (estar com família, amigos, interagir em eventos sociais, passear)
--	--	--	--	--

Lazer – artístico

Que atividades de cunho artístico despertam seu interesse?

Filmes/cinema	Teatro	Música	Escultura e exposições	Shows e apresentações de dança
---------------	--------	--------	------------------------	--------------------------------

Que atividade intelectual mais te interessa?

Leitura de livros	Áudio livros	Grupos de interesse e estudos	Passatempos como cruzadinhas, sudoku, entre outros	Estudar pela internet
-------------------	--------------	-------------------------------	--	-----------------------

Comparando seus hábitos antes de depois da lesão medular, caso se aplique, suas atividades turísticas:

Não viajava muito antes da lesão e continuo não viajando	Não gosto de viajar e já não gostava antes da lesão	Nem aumentaram nem diminuíram	Não viajo muito pois a dificuldade de mobilidade impede	Hoje viajo bem mais que antes da lesão
--	---	-------------------------------	---	--

Referência: THE WHOQOL GROUP. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL), 1994.